RECHERCHES ANATOMICO-PATHOLOGIQUES SUR L'ENCÉPHALE ET SES DÉPENDANCES;

PAR F. LALLEMAND,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL CIVIL ET MILITAIRE DE LA MÊME VILLE, etc. etc.

Ars medica tota in observationibus.
(Fred. Hoffman.)

Neque enim numerandæ sunt, sed perpendendæ.... observationes.
(Morgagni, *Epist.* 51, n° 47.)

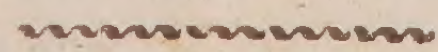


A PARIS,

CHEZ BÉCHET JEUNE, LIBRAIRE

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 4.



1824.

AVIS DE L'ÉDITEUR.

Les différentes livraisons de cet ouvrage ayant été épuisées à mesure qu'elles ont paru, et l'auteur ne voulant en donner une nouvelle édition que quand il en aura publié la suite, nous les faisons réimprimer sans aucun changement important : toutefois l'auteur a bien voulu se charger d'en surveiller la correction avec le plus grand soin.

BÉCHET.



DE L'IMPRIMERIE DE CRAPELET,
rue de Vaugirard, n° 9.

A MESSIEURS

LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS.

C'est sous vos auspices qu'ont été recueillis les faits nouveaux qui font la base de cet ouvrage. Il m'est bien doux de pouvoir, en vous l'offrant, vous témoigner la reconnaissance que je ne cesserai d'avoir pour ceux qui ont guidé mes premiers pas dans les sentiers pénibles de l'observation médicale.

F. LALLEMAND.

PRÉFACE.

Placé jeune encore dans un hôpital immense (l'Hôtel-Dieu), où des faits importans se pressent et se renouvellent sans cesse, j'ai senti de bonne heure tout le prix de ma position, et j'ai cherché à en tirer le plus grand parti possible, en méditant, suivant le précepte du divin vieillard, le grand livre de la nature. J'ai été assez heureux pour être secondé dans mes efforts par l'exemple et les conseils des praticiens distingués avec lesquels je remplissais les fonctions d'élève interne, et par le zèle et l'amitié de mes anciens collègues, à l'empressement desquels je dois l'avantage d'avoir pu observer, dans un petit nombre d'années, plus d'affections cérébrales qu'aucun des auteurs qui ont écrit sur cette matière.

Je ne tardai pas à m'apercevoir qu'elles étaient beaucoup plus communes qu'on ne le pense, et surtout beaucoup moins connues que celles d'aucun autre organe. Les recherches de Senac, et principalement celles de M. Corvisart sur les maladies du cœur; l'ouvrage d'Avenbrugger, sur la percussion de la poitrine, tiré de l'oubli par son modeste et savant commentateur; les

recherches de Bayle, sur la phthisie pulmonaire, et tout récemment les belles et ingénieuses observations de M. Laënec, sur l'emploi de l'auscultation médiate dans la recherche des maladies des organes contenus dans la poitrine; tous ces travaux, dis-je, ont porté le diagnostic de ces affections à un degré de certitude qu'on n'avait pas encore atteint en médecine.

L'ouvrage de Rœderer et Wagler, sur les éruptions miliaires de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins; celui de M. Petit, sur les ulcérations de cette dernière; et surtout les importans travaux de M. Broussais nous ont fait connaître les maladies des organes digestifs, et leur étonnante influence sur le reste de l'économie. Le Traité des phlegmasies chroniques de ce profond observateur avait déjà rempli une grande lacune en nous dévoilant la marche et les symptômes des affections lentes et obscures qui altèrent sourdement le tissu de nos organes. Mais, au milieu de tant d'excellentes monographies qui ont avancé les différentes parties de la science, il semble qu'on ait oublié l'organe par lequel l'homme se distingue le plus éminemment des autres animaux vertébrés; celui auquel il doit l'empire immense qu'il exerce sur tout ce qui l'environne, par la force et l'étendue de ses facultés intellectuelles. Cependant, cette

prédominance matérielle du cerveau de l'homme sur le reste de son système nerveux, à laquelle il doit sa supériorité intellectuelle, donne aussi à cet organe une influence plus grande sur tous les autres, et l'expose davantage à en être influencé. Cet accroissement, dans l'activité de ses fonctions, le dispose, d'une manière plus prochaine, aux maladies. Comment se fait-il donc que, parmi celles qui l'assiégent, l'apoplexie soit la seule dont l'histoire soit aujourd'hui très avancée? (1)

Quand on compare l'état de nos connaissances positives sur les maladies des différens viscères, il est facile de se convaincre que ceux dont les affections ont été plus tôt et plus exactement connues, sont aussi ceux dont la structure et les fonctions étaient plus faciles à apprécier, et le cerveau en est une preuve frappante. Cela devait être ainsi : l'anatomie, la physiologie et la pathologie se prêteront toujours des secours mutuels.

---

(1) J'avais tracé un tableau de l'état de nos connaissances sur les différentes affections du cerveau, de la moelle et de leurs membranes, dans lequel j'avais essayé d'apprécier l'influence des travaux des divers auteurs qui s'en sont occupés, sur l'avancement de la science; mais je l'ai supprimé à cause de son étendue, et parce que je serai obligé d'y revenir en détail, en m'occupant de chaque maladie en particulier.

Ce n'est pas qu'on se soit moins occupé du cerveau que de tout autre organe ; au contraire, il a le premier attiré l'attention des philosophes ; il a, plus spécialement que tout autre, exercé la patience et l'adresse des anatomistes ; il a été plus que tout autre le sujet des recherches et des expériences des physiologistes, des méditations des praticiens et même des moralistes : mais telles sont les difficultés qu'il présente sous tous ces rapports, qu'on peut dire sans exagération qu'il fait encore aujourd'hui le désespoir des uns et des autres.

Quel organe offre un tissu aussi mou, aussi délicat, autant de parties minutieuses à considérer, des rapports plus multipliés entre toutes ces parties et une intrication plus difficile à débrouiller ? (1) Aussi n'est-ce que depuis peu et grâce aux travaux des docteurs Gall et Spurzheim,

---

(1) Rien ne prouve mieux les difficultés que présentent les préparations du cerveau, que les nombreux ouvrages qui ont été publiés sur sa structure, et les contestations élevées entre tant d'anatomistes célèbres, sur des objets de pure intuition ; par exemple, l'entrecroisement de ses fibres à l'origine de la moelle fut admis vaguement par Aretée pour expliquer un phénomène pathologique, observé déjà par Hippocrate, et confirmé par la pratique journalière ; Mistichelli et Dupetit le décrivirent ensuite avec exactitude ; Santorini le dessina assez fidèlement, et un fait aussi simple fut nié par les uns, oublié par les autres, jusqu'à ce que le docteur Gall ait fait cesser cette incertitude.

que son organisation a commencé à être bien connue. (1)

Malgré les laborieuses recherches des savans que nous nous plaisons à citer et dont les travaux sont encore mal appréciés, est-il un organe dont les fonctions soient aussi mystérieuses que celles des différentes parties du cerveau; dont la physiologie soit couverte d'un voile aussi épais? Ces difficultés ont dû influer indirectement sur la manière dont les observations pathologiques ont été recueillies et rédigées; mais l'étude des affections cérébrales présente directement des obstacles qu'on ne rencontre pas dans l'exploration des autres organes malades. On peut, à travers les parois de la poitrine, distinguer très exactement, à l'aide de la percussion et de l'auscultation médiate, les maladies de la membrane muqueuse du poumon, de celles de son parenchyme, et de celles

---

(1) Il est vrai de dire que la manière vicieuse dont on a presque toujours procédé à la dissection du cerveau, en le coupant par tranches, a été l'une des principales causes du peu de progrès qu'a fait pendant si long-temps l'anatomie de ce viscère. Varole avait bien suivi ses fibres à travers la protubérance annulaire: Vieussens, adoptant cette méthode, l'avait même étendue; mais elle était complétement oubliée depuis long-temps, lorsque MM. Gall et Spurzheim en ont fait une application générale, et l'ont rendue féconde en résultats nouveaux.

de la plèvre. On peut apprécier les battemens du cœur, les comparer aux pulsations des artères.

Quoi de plus facile que d'étudier, à travers les parois souples de l'abdomen, l'état des organes contenus dans cette cavité! Qui ne reconnaîtra, au premier examen, une péritonite aiguë, une inflammation de l'estomac, du foie ou des intestins, une tympanite, une hydropisie, une tuméfaction de la rate? etc. etc.

Dans l'étude des affections cérébrales, nous sommes privés de ces moyens directs d'observation, et réduits aux seuls symptômes extérieurs. Et c'est précisément à cette exploration de l'organe affecté, que les maladies de la poitrine et de l'abdomen doivent le degré de certitude que peut atteindre leur diagnostic; car l'expérience apprend tous les jours, de plus en plus, que la douleur et les différentes sensations qu'éprouve le malade, le trouble des fonctions du viscère affecté, les phénomènes sympathiques qui en résultent, sont des circonstances extrêmement variables. Pourquoi le cerveau jouirait-il, sous ce rapport, d'un privilége particulier? Par la nature et l'importance de ses fonctions, il est au contraire, plus que tout autre, susceptible de produire des symptômes effrayans par suite d'une irritation

légère ou sympathique; et l'on sait que des altérations profondes peuvent s'y développer, pourvu que ce soit avec une extrême lenteur, sans se manifester au-dehors par des phénomènes en rapport avec la gravité du mal.

Les altérations pathologiques du cerveau, de la moelle et de leurs membranes, sont aussi plus difficiles à apprécier que celles des autres organes, parce qu'indépendamment des précautions particulières (1) qu'exige leur

---

(1) Leur grande influence sur les inductions qu'on peut tirer des faits, m'engage à indiquer ici celles qui m'ont paru les plus importantes.

En faisant usage de la scie pour ouvrir le crâne, il est presque impossible, à moins de prendre des précautions inutiles hors les cas de médecine légale, de ne pas entamer la dure-mère et le cerveau, vis-à-vis des fosses temporales et des sinus frontaux. On évite ces inconvéniens graves en cassant, à la manière de Bichat, le crâne avec un marteau terminé par une surface large et mince. En procédant à petits coups, le crâne étant plein, il ne peut en résulter d'ébranlement susceptible de produire des désordres. Il vaut mieux commencer par sa partie postérieure, parce que quand l'occipital reste seul à casser, il est souvent si mobile que les coups portent à faux. Il faut éviter de circonscrire le crâne trop près de sa base, parce que le cerveau ne peut sortir que très difficilement de la voûte, qui est alors plus que demi-sphérique. Chez les enfans très jeunes, les os sont trop souples pour être cassés, trop minces pour être sciés; il faut les couper avec des ciseaux forts. Quand la dure-mère est trop adhérente aux os pour qu'on puisse l'en séparer, il faut la couper circulairement, inciser la faux près de l'apophyse crista galli, puis en arrière au-dessus de la tente du cervelet, afin de l'enlever avec

examen, une inflammation violente, produisant plus promptement la mort, y laisse des traces moins évidentes; parce qu'une inflammation légère peut produire plus facilement

---

les os. Quelquefois, quand le crâne est ôté, on trouve la dure-mère flasque et ridée. Cette circonstance doit faire soupçonner qu'il a existé entre elle et le cerveau de la sérosité qui s'est échappée par quelque ouverture faite à la dure-mère, ou qui a passé dans le canal rachidien : ce dont il est important et facile de s'assurer, dans le premier cas, par l'examen de la dure-mère; dans le second, par la position inclinée du cadavre. Quand, au contraire, la dure-mère est tendue et appliquée sur le cerveau, il faut s'attendre à trouver un épanchement, soit dans les ventricules, soit dans le cerveau.

Lorsqu'une inflammation violente de l'arachnoïde n'a duré que peu de temps, il faut beaucoup d'attention pour en trouver des traces évidentes. Cependant, en séparant lentement la dure-mère de l'arachnoïde, on aperçoit ordinairement une espèce de pellicule excessivement mince, comme mucilagineuse, qui s'allonge d'abord sous forme de petits filamens, adhérens aux deux surfaces : à mesure que l'écartement augmente, ces filamens se rompent et disparaissent. L'épanchement qui forme cette fausse membrane a si peu d'épaisseur, que quand les deux surfaces sont séparées, ce qui reste adhérent à l'une et à l'autre n'est plus appréciable à l'œil. On peut cependant en ramasser quelques gouttes sur le manche d'un scalpel qu'on promène légèrement à la surface de la membrane séreuse. Au reste, celle-ci a perdu son aspect brillant et poli; elle est terne et comme désséchée. Mais ces dernières circonstances n'offrent rien d'assez positif; ce n'est qu'au moment où l'on sépare les deux surfaces séreuses qu'on peut acquérir la certitude de l'existence de cette espèce de fausse membrane.

On trouve souvent, entre l'arachnoïde et le cerveau, de la sé-

des symptômes graves ; parce qu'étant l'aboutissant de toutes les sensations, il est plus susceptible qu'un autre d'être irrité sympathiquement ; et c'est à cette difficulté de retrou-

---

rosité plus ou moins abondante, lactescente, trouble ou limpide, retenue dans les aréoles de la pie-mère, offrant l'apparence d'une gelée tremblante, ayant une épaisseur quelquefois de deux ou trois lignes. Pour peu que l'arachnoïde soit déchirée, cette sérosité s'écoule et disparaît. D'autres fois l'arachnoïde offre à sa surface de petites granulations brillantes ; elle semble recouverte d'une poussière fine. Ces espèces de villosités, qui attestent une affection chronique, s'affaissent par le frottement des doigts et se ternissent facilement ; il faut donc procéder avec soin à ce premier examen. Le plus souvent alors, l'arachnoïde est en même temps épaissie, blanchâtre, opaline ; mais quelquefois cette apparence n'est due qu'à de la sérosité lactescente, épanchée dans la pie-mère, par suite d'une inflammation aiguë. Pour distinguer ces deux états différens, il faut enlever l'arachnoïde de dessus le cerveau, et la laver, pour savoir si elle perdra sa couleur. En l'enlevant, il faut tenir compte du degré de résistance de son tissu, qui est en rapport avec son épaississement, sa coloration et l'ancienneté de la maladie. On peut avoir une mesure assez exacte de cette résistance par la largeur des lambeaux qu'on peut enlever sans la rompre.

Quelquefois, en séparant l'arachnoïde, on la trouve adhérente à quelque point du cerveau qui s'enlève avec elle ; c'est toujours le résultat d'une inflammation. Vis-à-vis de cette adhérence, on trouve constamment le cerveau ramolli ou en suppuration, et ordinairement une fausse membrane mince et récente unit la dure-mère à l'arachnoïde. J'ai vu de ces altérations de cerveau qui n'avaient que quelques lignes d'étendue, et qu'on n'eût certainement pas remarquées, si l'arachnoïde n'avait été détachée avec soin. Cette précaution est encore indispensable pour bien

ver, après la mort, les traces des affections qui y avaient leur siége pendant la vie, qu'il faut principalement attribuer l'état arriéré de nos connaissances sur ces maladies. Cela est si vrai,

---

examiner ensuite le cerveau. Quand les deux hémisphères ont été dépouillés de leur arachnoïde, il faut les inciser transversalement vers leur partie antérieure, pour arriver jusqu'aux ventricules latéraux, afin de s'assurer s'ils contiennent de la sérosité, et en quelle quantité, parce qu'en retirant le cerveau du crâne, elle s'échappe toujours par le ventricule moyen ou par celui du cervelet. Il faut faire en sorte d'arriver jusqu'aux ventricules sans inciser l'arachnoïde qui les tapisse : c'est le seul moyen de bien juger de son épaisseur et de sa consistance.

Morgagni avait l'habitude d'examiner le cerveau en place, et il avait raison ; mais c'était ordinairement dans les cas où, ne devant ouvrir que le crâne, il avait fait séparer la tête du tronc pour plus de commodité ; et il arrive alors que la sérosité épanchée sous la dure-mère s'échappe entre la moelle et le canal vertébral, et que celle des ventricules peut sortir par celui du cervelet quand la section a été faite trop près du crâne. Quand les ventricules latéraux ont été distendus par de la sérosité qui s'est échappée pendant l'examen du cerveau, on peut encore en juger approximativement par leurs dimensions, et surtout par la largeur du septum lucidum, plus mince, plus transparent que de coutume, parce qu'il contient moins de substance cérébrale, et cependant est ordinairement plus résistant, parce que l'arachnoïde a plus d'épaisseur et de consistance : c'est ce qui arrive dans les maladies chroniques. L'arachnoïde des ventricules subit les mêmes altérations que celle de l'extérieur du cerveau. Il faut, pour bien voir les granulations qui couvrent sa surface, l'exposer à la lumière obliquement sous des jours différens.

Après avoir renversé le cerveau pour examiner l'arachnoïde qui recouvre sa base, et avoir enlevé celle qui enveloppe les deux

que la seule maladie du cerveau, dont les symptômes, la marche et le traitement soient aujourd'hui bien connus, et précisément celle dont les altérations pathologiques se présentent de la manière la plus ostensible; je veux parler de l'apoplexie sanguine.

---

hémisphères, il faut les diviser d'avant en arrière, par tranches rapprochées, qu'on écarte seulement en conservant les rapports des parties. Ce n'est qu'alors qu'il faut inciser la tente du cervelet pour enlever ce dernier après avoir coupé la moelle le plus bas possible.

Pour examiner la moelle et les membranes, il faut commencer par enlever exactement les muscles et les tendons qui remplissent les gouttières vertébrales; ensuite on peut scier ou casser les lames des vertèbres avec un égal avantage. Dans le premier cas, la lame de la scie doit être légèrement convexe et assez forte pour n'avoir pas besoin d'arbre; dans le second, on peut se servir d'une espèce de lame de sabre à dos très épais, ou d'un ciseau large et fort, sur lesquels on frappe. Il vaut mieux mettre à découvert la dure-mère cranienne et vertébrale avant de passer à l'examen du cerveau, afin d'avoir sous les yeux tout l'arbre nerveux.

Morgagni dit que, ne s'en fiant pas à sa mémoire, il écrivait en rentrant chez lui, les résultats des ouvertures de corps : convaincu d'après ma propre expérience que cette précaution n'était pas toujours suffisante, j'ai ordinairement fait noter sur-le-champ le siége précis, la nature et l'étendue des altérations cérébrales.

Il faut bien se persuader qu'il vaudrait autant, et peut-être mieux, ne pas se donner la peine d'examiner des organes aussi délicats, aussi difficiles à manier, que de le faire avec négligence, précipitation ou prévention.

Quant à la thérapeutique des affections cérébrales, il est évident qu'elle ne peut offrir quelque chose de positif et de rationel, qu'autant que les symptômes et la nature de chaque maladie seront bien connus. Il faut, de plus, que ceux qui s'occupent spécialement d'anatomie pathologique ne négligent pas une partie aussi importante que le traitement; et que ceux qui se piquent d'être praticiens, s'attachent un peu plus à l'étude des altérations morbides.

Tels sont les obstacles de toute espèce dont est hérissée l'étude de l'encéphale et de ses dépendances; ils expliquent assez l'absence de toute monographie, même incomplète et défectueuse, sur les maladies qui y ont leur siége. Leur histoire est presque entièrement à refaire, et c'est un travail dont on sent généralement la nécessité. Les monographies sont comme les défrichemens partiels d'un terrain immense et aride qu'on met successivement en culture; elles fécondent peu à peu les différentes parties du vaste domaine de la médecine, elles en facilitent l'étude. Les nombreuses observations que j'ai recueillies, et les recherches auxquelles elles m'ont conduit, m'ont engagé à tenter de faire pour le cerveau ce qu'on a fait pour les autres organes. Je ne me suis pas dissimulé l'étendue et les difficultés d'un pareil travail;

mais j'ai pensé que mes efforts pour remplir une grande lacune seraient encore utiles, lors même que je n'atteindrais pas le but que je me suis proposé.

J'avais d'abord voulu connaître les opinions des auteurs, et les comparer entre elles; mais je n'ai pas tardé à m'apercevoir que ces recherches ne pouvaient conduire à rien; que ce n'était qu'à l'aide des faits qu'il fallait essayer de recommencer l'analyse des affections cérébrales : je n'ai donc cherché dans leurs ouvrages que des faits.

Il semblerait, au premier coup d'œil, que leur nombre doit être prodigieux; mais il en est qu'on trouve copiés ou cités partout, et ce sont les plus remarquables : parmi les autres, il y en a peu qui puissent servir, parce qu'ils sont tronqués sous le rapport des symptômes, du traitement ou de l'ouverture du cadavre. Toutefois, ces reproches s'adressent principalement aux anciens; car l'art d'interroger la nature fait tous les jours des progrès sensibles. Enfin, parmi les observations suffisamment détaillées qu'on rencontre dans les auteurs, il en est qui ont évidemment été recueillies pour appuyer des idées préconçues. La prévention est une des faiblesses humaines dont les observateurs ont le plus de peine à se

garantir. La plupart, dit Vicq-d'Azir, rapportent plutôt ce qu'ils ont pensé et jugé que ce qu'ils ont vu, ou ils confondent l'un et l'autre, au point qu'il est difficile de compter sur leur témoignage : c'est ainsi que les voyageurs substituent au simple exposé des faits leur opinion : le lecteur à leur place n'aurait pas vu comme eux. Hoffman a exprimé une grande vérité, quand il a dit : *Ars medica tota in observationibus;* mais il eût dû ajouter avec Morgagni : *Sed perpendendæ sunt, non numerandæ....* (*observationes*); pensée profonde, plus exacte que la première, mais d'une application délicate. Que de conditions ne faut-il pas remplir pour peser exactement les observations des autres ! A combien d'interprétations ne peuvent-elles pas se prêter ! à combien de divagations ne s'expose-t-on pas dans un commentaire ! Aussi n'est-ce que par des observations plus concluantes et plus détaillées, que je me suis permis de commenter les obscurités que présentent quelques unes de celles que je citerai.

Mais on n'a rien fait quand on a rassemblé beaucoup de faits bien observés et importans ; il faut encore les rapprocher d'une manière naturelle, afin que les conséquences qui en découlent se présentent d'elles-mêmes. Dans la plupart des recueils d'anatomie patho-

logique, on a pris pour point de départ les symptômes observés pendant la vie, comme douleurs de tête, convulsions, coma, délire, paralysie, etc. Ces divisions qui semblent, au premier coup d'œil, naturelles, sont, au contraire, fort arbitraires, et exposent à des répétitions sans nombre, parce que plusieurs de ces symptômes s'observent ou simultanément ou successivement dans le cours de la même maladie. Ainsi par exemple, elle débute souvent par des maux de tête violens, suivis bientôt de délire, de convulsions, et finit par le coma ou la paralysie. Ce n'est pas par un seul symptôme qu'on peut caractériser une maladie, mais par leur ensemble et leur succession. Morgagni sentant ces inconvéniens, a pris ses divisions, tantôt dans les symptômes, tantôt dans les altérations morbides, mais il en est résulté beaucoup de vague et d'incertitude dans sa marche. Plus j'y ai réfléchi, plus j'ai été convaincu de la nécessité de classer les affections cérébrales d'après les altérations pathologiques, quoiqu'elles ne soient pas toujours, il faut bien en convenir, accompagnés des mêmes symptômes. En y regardant de près, on voit bientôt que cette discordance apparente tient tantôt au siége différent de l'affection, tantôt à l'âge, au sexe, ou au tempérament du sujet, tantôt

à des complications importantes; d'autres fois enfin, à la marche aiguë ou chronique de la maladie : circonstances dont on n'a pas assez tenu compte, et qui a souvent trompé les observateurs; mais, quand on compare ensemble les affections du cerveau et celles de l'arachnoïde, exemptes, autant que possible, de complication, on voit qu'elles offrent des symptômes bien distincts, un cachet particulier; celles qui sont compliquées, comme cela arrive le plus souvent, présentent au contraire un mélange des deux ordres de symptômes.

La circonstance qui influe le plus sur l'ensemble des phénomènes, c'est la marche plus ou moins rapide, plus ou moins lente de la maladie. Cette influence est telle que des altérations très différentes s'annoncent par des phénomènes assez semblables pour tromper l'observateur le plus attentif. Ainsi, par exemple, il y a plus de ressemblance entre les symptômes d'une inflammation aiguë du cerveau, d'un ramollissement de la substance cérébrale, et ceux d'une apoplexie, d'une compression subite du cerveau, quelle qu'en soit la cause, qu'entre ces mêmes symptômes d'inflammation aiguë et ceux d'une inflammation chronique; de même un abcès enkysté a moins de rapport par les phénomènes extérieurs qu'il

produit, avec un abcès récent, qu'avec une tumeur scrophuleuse, fibreuse, osseuse, hydatique ou un corps étranger logé dans le cerveau. Je pourrais en dire autant des affections de l'arachnoïde.

Voici, en conséquence, la distribution des matières qui me paraît la plus naturelle :

Affections du cerveau exemptes autant que possible de complications.

Congestion brusque; effort hémorrhagique sans épanchement (coup de sang); avec épanchement de sang (apoplexie).

Inflammation du cerveau :

Première période. Ramollissement avec injection vasculaire, infiltration ou épanchement de sang.

Deuxième période. Ramollissement avec infiltration de pus ou suppuration commençante.

Troisième période. Abcès.

Affections chroniques : abcès enkystés, tubercules scrophuleux, tumeurs fibreuses, osseuses, squirrheuses, cancéreuses, hydatides, corps étrangers.

Affections de l'arachnoïde.

Congestion brusque, exhalation sanguine, sanguinolente ou séreuse.

Inflammation aiguë à différens degrés, sup-

puration, sérosité trouble, lactescente ou gélatiniforme.

Inflammation chronique.

Épaississement de l'arachnoïde, augmentation de sa consistance, diminution de sa transparence, développement de granulations à sa surface.

Hydrocéphale aiguë.

Hydrocéphale chronique.

Maladies de la moelle vertébrale et de ses membranes.

Affections aiguës.

Affections chroniques.

Quoique ce cadre soit déjà bien étendu, il serait incomplet, si nous négligions d'étudier l'influence des affections du cerveau et de ses membranes sur la marche et les symptômes des maladies qui affectent les organes contenus dans la poitrine et dans l'abdomen : et réciproquement. Nous devons examiner, par exemple, l'influence des anévrismes du cœur sans rétrécissement de l'orifice aortique sur la production des apoplexies; l'influence plus remarquable, plus féconde en applications pratiques, des affections de la membrane gastro-intestinale et du foie sur le cerveau, et réciproquement; la coïncidence fréquente des inflammations de l'a-

rachnoïde avec celles des autres membranes séreuses, etc.

Il est rare qu'un malade meure d'une affection simple et unique; presque toujours plusieurs organes ont été compromis simultanément ou successivement : alors les symptômes de l'une ou l'autre maladie prédominent, les autres sont fort obscurs, et, dans tous les cas, ces complications influent réciproquement l'une sur l'autre de manière à donner à l'ensemble des symptômes, à la marche des maladies un aspect insolite. Autrefois, dans les ouvertures de corps, on n'examinait guère que l'organe qu'on supposait malade; et quand les altérations ne correspondaient pas exactement aux symptômes, on se contentait de ranger le fait parmi les *anomalies*, ou l'on croyait l'avoir expliqué en l'attribuant à une *idiosyncrasie* particulière, ou mieux encore, on en faisait un être abstrait, existant par lui-même, qu'on appelait maladie *essentielle*. Les progrès des différentes parties de la médecine, l'exactitude qu'on met aujourd'hui dans l'observation des symptômes, l'attention qu'on apporte à l'examen des cadavres, nous ont permis d'apprécier avec plus de précision qu'on n'a pu le faire jusque dans ces derniers temps, l'influence de chacune de ces complications sur la marche et

l'ensemble des symptômes; et c'est en cela que les observations particulières que nous avons recueillies auront, j'ose le croire, quelque avantage sur la plupart de celles qu'on trouve dans les auteurs.

Il arrive aussi quelquefois que des maladies qui ont leur siége ailleurs que dans l'encéphale, produisent des phénomènes analogues à ceux de certaines affections cérébrales. Comme je n'ai prétendu créer aucun système, j'ai cherché avant tout à me garantir de toute opinion exclusive. Ainsi, loin de passer sous silence les faits authentiques qui paraissent jeter de l'obscurité sur le diagnostic de ces mêmes affections, j'ai cru de mon devoir de les rapporter, afin qu'on pût juger jusqu'à quel point il est possible de les distinguer pendant la vie.

Quoique toutes ces observations aient rapport à la pathologie, et que leur arrangement ait un but entièrement pratique, je ne négligerai pas de tirer en même temps parti de plusieurs d'entre elles pour l'examen de quelques points encore obscurs de l'anatomie du cerveau. Ce sont les faits pathologiques qui ont fait découvrir l'entrecroisement de ses fibres à l'origine de la moelle; eux seuls peuvent décider la question de l'entrecroisement des nerfs optiques, etc.

Enfin, ce sont les observations pathologiques qui ont fait apprécier à leur juste valeur les différens systèmes qui ont été émis successivement sur les fonctions des soi-disant glandes pinéale et pituitaire, du cervelet, du corps calleux, des ventricules latéraux, etc.; sur le prétendu siége de l'âme, qu'on a succesivement placé dans ces différentes parties. Nous soumettrons aussi, et sans prévention, au creuset de l'observation pathologique, les idées nouvelles des savans que nous avons déjà cités, sur le siége particulier de nos différentes facultés intellectuelles. Je reconnais toute l'importance des recherches d'anatomie comparée pour la solution de cette question aussi délicate que compliquée. Mais il faut convenir que nous ne pouvons soupçonner les impulsions qui déterminent les actions des animaux, que par comparaison; que les différences qu'on observe dans leurs cerveaux, ne fournissent que des données générales, que des analogies fort incertaines, qui ont besoin d'être confirmées par des observations directes faites sur l'homme, et la pathologie seule peut nous les fournir.

Tel est le plan que j'ai conçu, et qui est en grande partie exécuté. Mon intention était de ne publier ce travail que quand il serait

entièrement terminé; mais différentes raisons m'ont forcé d'en agir autrement. Un pareil ouvrage exige beaucoup de temps et de méditations, et mes occupations ne me permettent plus d'y travailler d'une manière continue : j'ai pensé que je devais diviser ce travail pour le rendre plus facile. En soumettant ainsi successivement au jugement des médecins éclairés, différens points de doctrine, j'aurai l'avantage de pouvoir profiter des faits nouveaux, et des réflexions judicieuses que la discussion fera naître. Je n'ai pas commencé par l'apoplexie, parce que cette maladie étant mieux connue que toutes les autres, je serai compris de tout le monde, quand j'aurai occasion d'en parler, en parlant de celles qui le sont moins.

Une fois décidé sur ce mode de publication, j'ai pensé que la forme de lettres serait plus commode et plus convenable que celle de mémoires ou de chapitres. C'est celle qui prête davantage aux développemens et aux discussions.

J'avoue que c'est la lecture de Morgagni qui m'en a suggéré la pensée; mais cette raison même m'a long-temps arrêté. La forme épistolaire étant inusitée chez nous dans les sciences, on ne manquera pas de me supposer l'intention

de singer un homme de génie, peut-être même la prétention de l'égaler. Puisse-t-on n'avoir jamais à me faire de reproches plus mérités! Si j'ai l'espoir d'égaler Morgagni en quelque chose, c'est en exactitude et en bonne foi.

RECHERCHES
ANATOMICO-PATHOLOGIQUES
SUR
L'ENCÉPHALE
ET SES DÉPENDANCES.

LETTRE PREMIÈRE.

Ramollissement du Cerveau avec injection vasculaire, infiltration ou épanchement de sang, ou bien avec coloration particulière du tissu affecté.

Les premiers praticiens qui, tout récemment, ont décrit cette altération avec soin (MM. Récamier, Bayle et Cayol), l'ont désignée sous le nom de *ramollissement*. Cette expression est consacrée; elle a le grand avantage de donner une idée exacte de l'état des parties affectées, sans rien préjuger sur la cause ou la nature intime de la maladie : je la conserverai donc. Mais je dois vous prévenir du véritable sens que j'y attache. J'entends par ramollissement du cerveau, une espèce de liquéfaction d'une partie de sa substance, le reste conservant à peu près

sa consistance ordinaire. Je dis d'une partie, parce que, quand le cerveau en totalité est ramolli, fût-il réduit en une espèce de bouillie diffluente, nous ne pourrions pas avoir la certitude que cette altération est le résultat d'une affection pathologique. Cette mollesse, en effet, peut dépendre de l'époque à laquelle on examine le cerveau, ou de l'état général des solides au moment de la mort.

Vous savez avec quelle promptitude la pulpe nerveuse de l'encéphale et de la moelle épinière perd sa consistance, surtout dans les temps chauds et humides, et j'ai remarqué qu'en général le cerveau des hydropiques, des phthisiques, des malades, en un mot, qui avaient souffert pendant long-temps et dont la constitution était détériorée, avait très peu de consistance. Pour apprécier, sans prévention, le ramollissement pathologique du cerveau, il faut donc pouvoir établir un terme de comparaison entre la consistance de la partie affectée et celle du reste du cerveau; et, pour cela, il faut qu'il existe une différence notable entre elles, c'est-à-dire que le ramollissement soit partiel. Je ne prétends pas par-là qu'un ramollissement général ne puisse être le résultat d'une affection de tout le cerveau; je dis seulement que, dans ce cas, il doit rester trop de doutes dans l'esprit d'un observateur scrupuleux, pour qu'il ose prononcer sans des raisons très puissantes. C'est ce qui m'a déterminé à retrancher plusieurs observations qui étaient dans ce cas, quoique je les eusse recueillies moi-même.

Les premières observations exactes de ramollissement, qu'on trouve dans les auteurs, sont celles que rapporte Morgagni dans son immortel ouvrage *de Sedibus et causis morborum*, etc..... L'histoire de Jacoba Zanardi, entre autres, est extrêmement remarquable ; c'est par elle que je commencerai.

N° I.

59 ans, paralysie avec roideur convulsive des membres du côté *droit*. Mort au bout de quelques jours. — *Ramollissement de la couche des nerfs optiques à* gauche, *avec injection sanguine*. Morg. epist. 5, n° 6.

« Une femme de Padoue, nommée Jacoba, femme d'Angeli Zanardi, âgée de 59 ans, fut prise de paralysie, à laquelle se joignit une grande fièvre ; elle fut apportée à l'hôpital pour ces maladies, et ne survécut que quelques jours. A son arrivée, quoiqu'elle ne pût parler, elle sembla cependant comprendre ; car elle présenta son bras sain (c'était le gauche) au médecin pour qu'il lui tâtât le pouls. Les membres du côté droit avaient perdu le sentiment et le mouvement ; ils paraissaient, en outre, *contractés comme par convulsion : les deux paupières de l'œil droit étaient rapprochées de la même manière ;* la face était rouge, la déglutition des liquides n'était pas difficile. »

L'autopsie cadavérique, que Morgagni rapporte avec un soin extrême, contient des détails que je supprime ; comme la présence de treize côtes, la conservation

de la chaleur du cadavre, etc. Je noterai seulement que la vessie était dilatée, et offrait des traces d'inflammation, parce que cette circonstance est fort commune dans les affections cérébrales ; et nous verrons pourquoi.

« Il sortit, dit Morgagni, beaucoup de sérosité quand on ouvrit le crâne ; les vaisseaux de l'arachnoïde étaient gonflés comme si on les eût injectés de sang noir et peu fluide, semblable à celui qui était contenu dans les autres parties du corps. Sous la même membrane, dans les anfractuosités du cerveau, ainsi que dans les ventricules latéraux, on trouva de l'eau transparente ; le cerveau fut examiné sans être extrait du crâne. Quand le plexus choroïde *gauche* fut enlevé, je remarquai que la couche du nerf optique de ce côté n'avait pas, comme l'autre, sa couleur naturelle, mais qu'elle était *brune*. Alors, disséquant le cerveau avec soin, je trouvai le reste de son tissu parfaitement sain ; mais la portion qui correspondait au côté externe de la couche du nerf optique *gauche*, dont j'ai parlé, était *extrêmement molle*, *presque liquide*, et mêlée avec une humeur *sanguinolente*, mais d'une couleur sale ; de sorte qu'à cela près de l'odeur forte qui manquait, on aurait cru que cette substance était entièrement *pourrie*. Cette altération occupait un peu plus d'espace que n'en pourrait remplir une grosse noix. Cette couleur sanguinolente était beaucoup plus prononcée au centre. L'altération de cette partie du cerveau fut d'autant

plus remarquable que dans tous les autres points il était de couleur naturelle, et non seulement plus ferme que le cervelet, mais encore d'une dureté extraordinaire, surtout à droite. L'endroit dont j'ai parlé était le seul où il eût cette couleur et cette mollesse *diffluente.* »

§. I. Cette observation est un des exemples les plus frappans de l'attention avec laquelle Morgagni observait, et de la précision qu'il mettait dans ses descriptions. Vous remarquerez que les membres du côté droit qui étaient paralysés, paraissaient en même temps contractés comme par convulsion : *videbantur insuper quasi a convulsione contracti;* ainsi que les paupières du même côté, c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas fermées d'une manière passive par la paralysie du releveur de la paupière supérieure, mais par la contraction de l'orbiculaire. Avec un homme comme Morgagni, qui écrit dans une langue dont nous ne pouvons pas imiter la concision, il faut peser chaque expression, et ce n'est pas sans intention qu'il a dit : *Sic* et oculi dextri palpebræ *connivebant.*

§. II. La maladie n'a duré que quelques jours. Il est fâcheux que nous ne sachions au juste combien de jours, car cette circonstance, comme nous le verrons, est loin d'être indifférente : toutefois, nous savons que la mort a été prompte.

§. III. Pour ne laisser aucun doute à ses lecteurs sur la réalité d'un ramollissement maladif, il a eu bien soin de noter qu'il avait disséqué le cerveau en place

(c'est-à-dire que son tissu n'a pu être lésé accidentellement, comme cela arrive quelquefois quand on l'extrait du crâne pour l'examiner); et que l'altération était d'autant plus facile à remarquer, qu'elle contrastait davantage avec le reste du cerveau pour la couleur et pour la consistance.

§. IV. Remarquez aussi que sa description si exacte de l'altération morbide, montre de la tendance à la regarder comme le résultat d'une inflammation, puisqu'il ne lui manquait, dit-il, que la mauvaise odeur pour ressembler entièrement à de la pourriture : *ut nihil, nisi gravis odor deesset ut plane fracidam pronunciares.* Enfin, ce n'est pas par hasard que cette observation se trouve dans la cinquième lettre, qui a pour titre : Apoplexie qui n'est ni sanguine, ni séreuse. Au reste, dans le paragraphe suivant (n° 7), Morgagni exprime clairement sa pensée : « *Apostema sui generis* fuisse hoc, credo, agnoscente etiam Avicenna apoplexiam a *repletione apostemante.* »

J'ai toujours été frappé du sens profond de ces expressions de Morgagni et d'Avicenne : elles méritent une sérieuse attention, parce qu'elles montrent à la fois le fond de leur pensée et l'embarras où ils se sont trouvés pour la rendre. Quand on a vu l'altération dont il s'agit, on en sent facilement toute l'exactitude; mais on ne peut les rendre exactement dans notre langue que par une longue description. Celles d'Avicenne sont ici le meilleur commentaire qu'on puisse donner de celles de Mor-

gagni, et réciproquement. On voit qu'ils ont voulu exprimer un état qui leur semblait tenir également de l'apoplexie et de la suppuration. Nous ne pouvons pas encore examiner cette question; mais il était naturel de ne pas isoler les réflexions de Morgagni de l'observation qui les a fait naître.

§. V. Enfin, il fait observer que la distension des vaisseaux et l'épanchement de sérosité ont augmenté les effets de cette altération du cerveau, et qu'elle avait précisément son siége dans le lieu où l'on rencontre le plus souvent *les épanchemens sanguins dans les apoplexies*, et du côté opposé à la paralysie.

N° 2.

M. Dan de La Vauterie rapporte plusieurs observations semblables à celles de Morgagni. (1)

---

(1) *Dissertation snr l'Apoplexie, considérée spécialement comme l'effet d'une phlegmasie de la substance cérébrale, par P. A. Dan de La Vauterie. Paris*, 1807; n° 68. Cette thèse est du petit nombre de celles qui méritent d'être distinguées de la foule. Elle contient plusieurs observations intéressantes recueillies par l'auteur, et quelques réflexions qu'il paraît avoir puisées dans les leçons et les conversations particulières d'un praticien que j'ai déjà cité, et que je citerai souvent encore, avec éloge, comme un de ceux qui, dans ces derniers temps, se sont occupés avec le plus de zèle et de succès de l'étude des maladies du cerveau. (Vous devinez sans doute que je veux parler de M. Récamier.) Malheureusement M. Dan de La Vauterie a rapproché des maladies qui n'ont entre elles que des rapports forcés, comme les *commotions*, les *compressions mécaniques*, les *épanchemens séreux*, etc.;

68 ans, légère hémiplégie à *gauche*, avec rigidité dans les muscles. Mort du sixième au septième jour. — *Ramollissement du milieu de l'hémisphère* droit, *avec injection considérable.* (*Voy.* Dissert., etc..... obs. 5.)

« Un homme, âgé de 68 ans, d'un tempérament sanguin et dégénéré, est apporté à l'Hôtel-Dieu, dans un état qui simule une fièvre ataxique ; diminution notable des fonctions des sens, délire sourd, sensibilité animale générale conservée, *légère hémiplégie à gauche*, avec *rigidité manifeste dans les muscles ;* respiration et pouls dans l'état naturel. Le malade reste dans cette situation pendant six jours, puis les symptômes s'agravent ; il tombe dans un état comateux, la respiration devient stertoreuse, et la mort survient.

Autop. cadav. On a trouvé au milieu de l'hémisphère *droit* une portion de la substance médullaire réduite en *putrilage ;* la circonférence de cette espèce de foyer était injectée, d'un rouge amaranthe, endurcie, enflammée ; il y avait environ deux cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules. »

§. I. Quoique cette observation laisse à désirer des détails plus étendus, vous y trouvez cependant la rigidité des muscles paralysés, la mort prompte, et l'altération particulière, qui caractérisent l'observa-

---

ce qui a jeté de la confusion dans son sujet : mais comme les observations particulières sont recueillies avec assez de soin, nous en ferons usage en temps et lieu.

tion précédente. L'expression de *putrilage* revient à celle de Morgagni : *apostema sui generis.*

N° 3.

70 ans, paralysie successive du sentiment et du mouvement du bras droit, avec rigidité, etc. Mort au bout de quelques jours. — *Ramollissement du cerveau à la partie postérieure et inférieure de l'hémisphère* gauche, *avec injection des vaisseaux.* (Dan de La Vauterie, Dissert., etc..... obs. 6.)

« Un mendiant, âgé de 70 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans un état d'apoplexie faible, après avoir éprouvé pendant quelque temps une *paralysie incomplète du membre thoracique droit :* sens obtus, mouvemens faibles, paresseux, difficiles; affaiblissement de la sensibilité générale, surtout du côté *droit*, qui présente en même temps une *rigidité remarquable dans les muscles fléchisseurs ;* tantôt somnolence, tantôt agitation; disposition à pleurer, ou quelquefois à rire. Mêmes symptômes pendant quelques jours, au bout desquels le malade perd le mouvement, la parole, toute espèce de sensibilité, et meurt.

« *Inspection cadavérique.* Substance cérébrale réduite en une espèce de *putrilage* dans l'espace de deux pouces en tous sens, à la partie postérieure et inférieure de l'hémisphère *gauche* du cerveau; circonférence de cette portion désorganisée, rouge ou rosée à la profondeur de deux lignes, brune en quelques points. »

§. I. Ici la paralysie est survenue d'une manière

lente et graduée; mais, comme dans les cas précédens, elle était accompagnée de *contraction des muscles fléchisseurs* (ce qui ne veut pas dire que les extenseurs n'étaient pas contractés, mais qu'étant moins puissans que les fléchisseurs, ceux-ci l'emportaient sur leurs antagonistes). La mort a été prompte. Ainsi les symptômes, la terminaison et l'altération morbide offrent, avec l'observation de Morgagni, une similitude sinon parfaite, au moins aussi grande qu'on peut l'espérer en médecine. Il est inutile de vous dire que l'auteur regarde ces altérations comme le résultat d'une inflammation; le titre seul de sa thèse le prouve; mais il est bon que vous sachiez que par *apoplexie considérée comme effet d'une phlegmasie*, il n'entend pas désigner un épanchement de sang dans la substance cérébrale, mais bien une paralysie, suite d'inflammation; car apoplexie est toujours pour lui synonyme de paralysie. C'est également dans ce sens qu'il fault entendre les expressions d'Avicenne, *apoplexia a repletione* apostemante. Puisque l'occasion s'en présente, je vous préviens, afin d'éviter par la suite toute équivoque, que le mot apoplexie sera pour moi l'équivalent d'épanchement sanguin produit spontanément dans l'intérieur du crâne; d'hémorrhagie cérébrale, expression que j'emploierai de préférence.

§. II. Une circonstance sur laquelle je dois aussi fixer votre attention, c'est que chez ce dernier malade, la paralysie a été pendant plusieurs jours bornée au bras. Nous verrons par la suite, ainsi que je

l'ai, je crois, noté le premier (*Observations Pathologiques, propres à éclairer la Physiologie* ; Paris, 1818, p. 55), que dans les convulsions et les paralysies dépendantes d'une affection cérébrale, les membres supérieurs sont plus promptement et plus fortement affectés que les inférieurs.

Voici une observation analogue que j'ai recueillie à l'Hôtel-Dieu, avec mon ami le docteur Patissier, alors élève interne dans la salle où était la malade.

N° 4.

80 ans, perte de la vue et de l'ouïe, mouvemens convulsifs du membre supérieur droit, avec paralysie du sentiment. Mort au bout de trois jours. — *Ramollissement de l'hémisphère* gauche *du cerveau vers le corps strié, infiltration de sang au centre.*

Une femme, âgée de 80 ans, éprouvait depuis longtemps du trouble dans les idées, était devenue morose et irascible. Elle entra à l'Hôtel-Dieu pour un embarras gastrique ; elle était presque toujours *assoupie*. On lui fit prendre l'émétique, qui dissipa pendant quelques jours ces symptômes ; mais ils ne tardèrent pas à reparaître et même à augmenter un peu. Ayant passé plusieurs semaines dans un état stationnaire, tout à coup elle perdit la vue et l'ouïe, éprouva des mouvemens convulsifs du membre supérieur *droit*, et tomba ensuite dans une stupeur profonde ; bientôt le bras *droit* perdit le mouvement, mais non le sentiment, et les pupilles restèrent immobiles. On employa sans succès les dérivatifs les plus puissans ;

au bout de trois jours, la respiration s'embarrassa et la malade mourut.

Autop. cadav. Les vaisseaux du cerveau étaient gorgés de sang. Dans l'hémisphère *gauche*, vers le lobe moyen, on trouva un ramollissement de la substance cérébrale : *le corps strié était réduit en bouillie.* Au milieu de cette désorganisation, du sang était épanché ou plutôt infiltré dans la substance cérébrale.

§. I. Vous voyez ici, comme dans l'observation précédente, une marche lente et progressive dans les symptômes, mais encore plus insensible (l'un avait 70 ans, et l'autre 80). Ce n'est qu'après avoir montré pendant quelque temps une irascibilité peu naturelle à son âge, une tendance continuelle au sommeil, qui annoncent une congestion cérébrale, que la malade perd tout à coup la vue et l'ouïe, a des mouvemens convulsifs du *membre supérieur* seulement (*Voy.* n° 3, §. II), à la suite desquels elle perd le sentiment. La paralysie est incomplète, aussi le membre inférieur n'y participe-t-il pas.

Ici la paralysie n'est plus accompagnée de contraction des muscles, mais elle est précédée de *convulsions.* Si la malade n'eût pas été à l'hôpital et observée avec soin, il est probable qu'on ne les eût pas remarquées. Alors rien n'eût pu faire distinguer cette paralysie de celle produite par une hémorrhagie cérébrale.

§. II. Vous aurez sans doute remarqué que le siége de la maladie était, comme dans l'observation de

Morgagni (*Voy.* n° 1), précisément dans la partie du cerveau où l'on rencontre le plus souvent les épanchemens sanguins, et qu'enfin au centre de ce ramollissement se trouvait du sang, sinon *épanché*, du moins *infiltré*. N'est-ce pas là une des premières nuances de l'apoplexie?

L'observation suivante offre, quant aux symptômes, une grande analogie avec celle-ci; seulement ils se sont montrés des deux côtés du corps, de même que la maladie occupait les deux côtés du cerveau.

N° 5.

26 ans, céphalalgie intense, sensibilité de la rétine, convulsion, coma. Mort le huitième jour. — *Injection de la substance corticale à la partie antérieure et supérieure des deux hémisphères, et postérieure du gauche, avec ramollissement.* (Abercombie: the Edimburgh medical and surgical journal. July 1818. Observations on chronich Inflam.... of the brain and its membranes, Obs. 1.)

Une femme de 26 ans ayant éprouvé, pendant dix-huit mois, différentes incommodités qui commencèrent par de violentes douleurs de tête, accompagnées de convulsions, fut de nouveau affectée d'une céphalalgie intense, avec fièvre et impossibilité de supporter la lumière; puis de *convulsions*, à la suite desquelles elle tomba dans un état *comateux*, auquel elle succomba environ huit jours après l'apparition des premiers symptômes cérébraux.

La surface du cerveau était, dans plusieurs points, d'un rouge foncé, surtout à la partie an-

térieure et supérieure des *deux hémisphères*, et à la partie postérieure du gauche. Cette altération s'étendait dans plusieurs points à un pouce de profondeur. Dans ces endroits, la substance cérébrale était *ramollie*; ses vaisseaux étaient plus développés qu'ailleurs : l'intérieur du cerveau était sain.

§. I. Cette observation laisse désirer bien des détails importans. Par exemple, il est à regretter que l'auteur n'ait pas décrit cet état comateux, dont la durée n'est pas déterminée. A-t-il été accompagné de paralysie des deux côtés du corps, comme cela est probable ? A-t-il été continu ou entremêlé de momens lucides et d'exacerbations ? A-t-on observé des soubresauts des tendons, etc. ? Quoi qu'il en soit, les convulsions, la sensibilité de la rétine ont précédé l'état *comateux*; les symptômes ont dû exister au même degré à droite et à gauche, puisque l'altération existait des deux côtés, à peu près au même degré. Aussi l'auteur ne fait mention d'aucune différence à cet égard.

§. II. Mais ce qu'il est important que vous notiez, c'est que M. Abercrombie rapporte cette observation pour donner une idée de l'état du cerveau pendant la période inflammatoire, c'est-à-dire, avant qu'elle ait pu produire la suppuration. C'est ce qu'indique assez son titre (*The disease fatal in the inflammatory state*), la place qu'elle occupe (elle est la première), et les réflexions générales qui sont à la fin de cet article intéressant, que nous aurons plusieurs fois occasion de citer. N'est-ce pas

la même chose que l'*Apostema sui generis* de Morgagni, l'*apoplexia a replexione apostemante* d'Avicenne? Comparez les descriptions, pesez le choix des expressions, et vous serez bientôt convaincu.

Je vais maintenant vous rapporter une observation dans laquelle l'altération du cerveau occupait aussi les deux côtés, quoique les symptômes ne fussent pas les mêmes à droite et à gauche.

N° 6.

Age très avancé; le quinzième jour, paralysie avec résolution de tout le côté *gauche*, contraction des membres du côté *droit*, avec intermittence, soubresauts des tendons. Mort le vingtième jour. — *Ramollissement très considérable à* droite, *désorganisation du corps strié, couleur lie de vin; ramollissement moindre à* gauche.

Le 16 janvier..... on apporta à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, n° 35, une femme *très âgée*, qui, au rapport de ceux qui l'avaient accompagnée, était depuis quinze jours sans connaissance et sans mouvement, par suite d'une attaque d'apoplexie (sinap. aux pieds, infus. d'arnica). Le lendemain, un examen plus détaillé fit reconnaître une paralysie de tout le côté *gauche*, avec flaccidité extrême de tous les muscles, mobilité de toutes les articulations. Du côté *droit*, au contraire, la jambe était tellement fléchie, que le talon touchait la fesse; le poignet restait appliqué contre l'épaule; les muscles étaient dans un tel état de contraction, qu'il fut impossible d'étendre les membres ou de les écarter du corps. La face

était pâle et livide, les yeux chassieux, la bouche légèrement déviée à gauche, les lèvres, les dents, la langue extrêmement fuligineuses, le ventre souple, le pouls dur, frequent et d'une petitesse extrême, la respiration fréquente et plaintive. Ordinairement assoupie, la malade semblait cependant se réveiller de temps en temps; alors elle poussait quelques cris, recouvrait la connaissance, tirait sa langue et remuait volontairement le bras *droit*. Interrogée sur l'endroit où elle souffrait, elle cherchait à porter la main *droite* au côté *droit* de la tête. *Elle exhalait une odeur de souris très désagréable.*

Pendant les trois premiers jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, aucun changement remarquable. Le quatrième jour elle perdit entièrement connaissance, sans retours lucides; le pouls devint très irrégulier; on observa de fréquens soubresauts des tendons à droite et à gauche; tous les symptômes des jours précédens augmentèrent, et la mort survint le cinquième jour, c'est-à-dire le vingtième de la maladie. Le traitement consista en pilules de camphre de trois grains chaque, six par jour, en un julep béchique, avec un gros d'extrait de quinquina.

Autop. cadav. Tête. Toute la surface de l'hémisphère *droit* du cerveau était ramollie, plus profondément vers la partie supérieure et moyenne; la substance blanche était dans l'étendue d'un pouce à peu près dans tous les sens, molle et comme *diffluente* sous le doigt, sans changement de couleur. Le corps

cannelé du même côté, était aussi comme décomposé dans une étendue égale, mais réduit à une sorte de putrilage de couleur lie de vin; cette espèce de foyer n'était pas limité comme les foyers sanguins des apoplexies, mais la couleur et la consistance de cette substance désorganisée se perdaient d'une manière insensible dans la partie saine du cerveau. L'hémisphère *gauche*, ramolli dans quelques points, était dans le reste parfaitement sain. On ne trouva point d'épanchement dans les ventricules.

Le reste de l'autopsie n'a rien offert de remarquable.

§. I. Cette maladie, que j'avais suivie très attentivement avec M. Houssard, alors élève interne de la salle où était la malade, m'embarrassa beaucoup à cette époque; et si je n'avais pas confronté mes notes avec celles que mon ami avait recueillies jour par jour, j'aurais cru que je m'étais trompé; en effet, dans tous les cas de ramollissement que j'avais eu occasion d'observer, j'avais remarqué de la roideur dans les membres paralysés, ou des contractions spasmodiques intermittentes. Or, chez cette femme, tout le côté gauche était dans un état de flaccidité extrême, tandis que les membres du côté droit étaient très fortement fléchis; et à l'autopsie, non seulement nous ne trouvâmes pas, comme je le pensais, d'épanchement sanguin à *droite*, mais le cerveau était désorganisé, diffluent dans une grande étendue, et, du côté *gauche*, quelques points seulement étaient ramollis, et à un degré moindre : plus tard,

d'autres faits m'expliquèrent cette espèce d'anomalie.

Rappelez-vous que cette femme ne fut apportée à l'Hôtel-Dieu que le quinzième jour, c'est-à-dire à une époque déjà très avancée de la maladie : tout porte à croire qu'elle avait commencé par le côté droit du cerveau, puisqu'il était beaucoup plus mou, et dans une plus grande étendue qu'à gauche; or, nous avons déjà vu (Obs. n[os] 4 et 5), et nous aurons souvent l'occasion de faire cette remarque, que la rigidité, les contractions spasmodiques, les mouvemens convulsifs, irréguliers, cessent à une certaine époque, pour faire place à une flaccidité complète et permanente. C'est pourquoi nous avons trouvé le côté gauche du corps dans un état de flaccidité qui nous a fait croire à un épanchement de sang du côté droit du cerveau; mais il est probable que si nous avions pu avoir des renseignements exacts sur le commencement de la maladie, nous aurions été tirés de notre erreur. Dans l'hémisphère gauche, au contraire, la maladie était peu avancée, et le côté droit du corps a offert les symptômes qu'on rencontre dans la première période de la maladie.

§. II. Je vous ai fait observer que le malade qui fait le sujet de l'observation n° 3 avait eu des alternatives de somnolence et d'agitation : notre femme a offert le même phénomène d'une maniere bien plus tranchée; et ce qui est fort remarquable, elle poussait des cris aigus, et portait sa main droite du côté droit du crâne, c'est-à-dire du côté où nous avons trouvé la plus grande altération. Enfin ces intermittences

lucides ont cessé pour faire place à des accès de soubresauts dans les tendons. Tous ces symptômes avaient plus de rapport avec une inflammation du cerveau qu'avec une apoplexie.

§. III. J'arrêterai encore votre attention sur une circonstance que vous n'aurez peut-être pas remarquée. La corps cannelé du côté droit, ramolli, désorganisé, était de couleur lie de vin : le centre ovale de Vieussens qui avait subi la même altération avait cependant conservé sa couleur naturelle. D'où vient cette différence ? C'est ce que nous ne pouvons pas encore examiner ; mais en attendant il est bon que vous notiez que le corps cannelé est en grande partie composé de substance grise, reçoit un grand nombre de vaisseaux volumineux, est enfin, avec la couche optique, le siége le plus fréquent des hémorrhagies cérébrales, tandis que le centre ovale, composé de substance blanche, n'offre pas les mêmes particularités.

N° 7.

54 ans, cécité, paralysie successive de la langue qui se dévie à droite, puis du mouvement des membres du même côté, puis de la sensibilité, enfin strabisme. Mort le douzième jour. — *Deux épanchemens sanguins à la partie antérieure externe de l'hémisphère* gauche ; *ramollissement de la substance cérébrale environnante, granulations à la surface des ventricules.*

La nommée Mouton (Julie), âgée de 54 ans, d'une constitution sèche, jouissant habituellement

d'une bonne santé, avait depuis quelque temps perdu la vue, au point de ne pas distinguer les objets les plus rapprochés, quoique les yeux fussent très beaux. Le 1er novembre 1817, elle perdit tout à coup l'usage de la parole, et vint à l'Hôtel-Dieu quatre jours après; ceux qui l'accompagnaient ne purent donner aucun détail satisfaisant sur les circonstances qui avaient précédé son entrée à l'hôpital. Elle entendait parfaitement ce qu'on lui disait; mais quand elle voulait répondre, elle ne rendait que des sons inarticulés, un bruit confus semblable à celui que produisent les sourds-muets; en même temps elle gesticulait avec beaucoup de vivacité, s'impatientait bientôt quand on ne la comprenait pas, montrait du doigt sa langue, levait les épaules et s'enfonçait sous sa couverture : sa gaîté n'était cependant pas altérée, car elle riait de tout. Les mouvemens de la langue étaient faciles; mais en sortant de la bouche, sa pointe se déviait un peu à *droite*. Les mouvemens des membres avaient conservé toute leur force et leur vivacité; la peau n'avait rien perdu de sa sensibilité. Le pouls était petit, faible, assez fréquent, irrégulier et variable d'un instant à l'autre. Le 5 novembre, cinquième jour de la maladie (4 sangs. derrière chaque oreille, camom., le soir vésicat. à la nuque), point de changement notable. Le sixième et le septième, même état (sinap. au mollet). Le huitième, lavement laxatif : dans la journée elle prononce quelques monosyllabes, tels que *oui*, *non*.

Le neuvième, paralysie complète du mouvement de tout le côté droit, sans roideur; sensibilité obtuse de la peau, pâleur de la face, distorsion de la bouche entraînée à gauche, renversement des yeux (saignée d'une palette et demie environ). Le dixième, insensibilité complète de la peau du côté paralysé, strabisme (camom., limon., lavement laxatif). Le onzième, même état (même prescription, de plus sinap. aux mollets). Le douzième, mort.

Autop. cadav. Tête. Les vaisseaux de la dure-mère et de l'arachnoïde étaient très injectés : l'arachnoïde était soulevée par de la sérosité infiltrée entre elle et la pie-mère. Ces membranes ayant été enlevées en grande partie, on incisa dans tous les sens la protubérance cérébrale et les prolongemens antérieurs et postérieurs, sans rencontrer ni épanchement de sang, ni altération de la substance cérébrale. On n'observa non plus rien de remarquable dans le cervelet, ni dans l'hémisphère droit du cerveau; mais à *gauche*, la pie-mère était adhérente, dans une étendue de trois à quatre pouces, à la surface du cerveau dans la partie antérieure et externe du lobe antérieur. Quand on voulut la détacher, on enleva une partie de la substance corticale : vis-à-vis de cette adhérence, le cerveau était entièrement ramolli; au milieu de cette espèce de bouillie, près des circonvolutions cérébrales, existaient deux épanchemens de sang du volume d'un pois : la substance cérébrale environnante était ramollie jusqu'au milieu du centre ovale de Vieussens, où elle était jaunâtre,

c'est-à-dire dans une étendue de trois pouces et demi environ. Les ventricules latéraux ne contenaient pas beaucoup de sérosité, mais l'arachnoïde qui les tapisse était couverte de granulations fines.

Poitrine. Rien de remarquable que des mucosités puriformes dans les dernières ramifications des bronches.

Abdomen. Estomac d'un rouge noirâtre dans les deux tiers de son étendue, du côté du pylore; plissé sur lui-même et granuleux à sa surface muqueuse. Vésicule biliaire très petite et très épaisse, ne contenant que des mucosités et beaucoup de calculs. Un d'eux, renfermé dans le canal cystique, le bouchait exactement et était enveloppé d'une espèce de kyste.

§. I. Chez cette femme, la paralysie n'était pas accompagnée de roideur, de convulsions, de soubresauts, etc.; mais elle a offert un phénomène bien remarquable que nous ne trouverons aussi bien caractérisé dans aucune autre observation; je veux parler du développement lent, graduel, successif et régulier de cette même paralysie. En effet, cette femme perd d'abord la vue, et quelques jours après la parole; cependant elle remue encore facilement la langue; mais remarquez que sa pointe, en sortant de la bouche, se dévie un peu à droite, ce qui nous annonce que c'est le côté droit qui est paralysé. (1)

---

(1) Quand une paralysie, quelle qu'en soit la cause, affecte

Le huitième jour, léger retour de la parole; le neuvième, paralysie complète du mouvement du côté droit; le dixième, insensibilité complète de la peau : voilà une succession progressive des symptômes qu'on n'observe pas dans les apoplexies, non plus que cette extrême variabilité du pouls, le renversement des yeux, le strabisme.

§. II. A l'autopsie, nous trouvons deux véritables épanchemens sanguins, deux caillots, à la vérité très petits, du côté opposé à la paralysie, et nous arrivons ainsi insensiblement au premier degré d'hémorrhagie dans la substance cérébrale, au premier échelon de l'apoplexie.

Remarquez que c'est encore dans la substance grise qu'a lieu ce ramollissement avec injection et épan-

---

une moitié de la tête, les lèvres sont tirées du côté sain par les zigomatiques, à cause de la paralysie de leurs antagonistes, et la pointe de la langue, en sortant de la bouche, se dévie du côté paralysé ; ce qui paraît d'abord singulier, quoique très facile à concevoir. En effet, quelle est la puissance qui tire la langue hors de la bouche ? C'est la portion postérieure du génio-glosse, dont le point fixe s'incère à l'apophyse géni, et le point mobile à la base de la langue. Quand cette partie du muscle entre en action, ses deux extrémités se rapprochent, la base de la langue est tirée vers l'insertion fixe. Si cette insertion est à droite de la ligne médiane, la base de la langue sera tirée en avant et à droite, et sa pointe, par conséquent, en avant et à gauche. Mais, lorsque le malade remue la pointe de la langue, c'est toujours du côté sain qu'elle s'incline ou se dévie. C'est par un mécanisme analogue que la face est aussi tournée du côté paralysé, par la contraction du sterno-mastoïdien sain; il est trop connu pour que j'en donne l'explication.

chement; remarquez aussi que la substance du cerveau était adhérente à la pie-mère et à l'arachnoïde : ce qui indique, comme nous le verrons, une inflammation. Ces deux épanchemens ont-ils eu lieu successivement comme sembleraient l'annoncer les différentes périodes de la maladie? Au premier coup d'œil cela paraît assez probable, et cependant nous retrouverons la même marche graduée dans des cas où on ne rencontre aucun épanchement, ce qui peut laisser quelque doute à cet égard.

§. III. Nous n'avons rien trouvé qui nous explique d'une manière satisfaisante la paralysie des deux yeux. Seulement l'altération de l'arachnoïde des ventricules annonce une maladie chronique de cette membrane; et quoiqu'on n'ait pas trouvé d'épanchement considérable, il est possible qu'il y ait eu pendant la vie une quantité de sérosité assez grande dans les ventricules pour comprimer les nerfs optiques, et qu'elle ait été absorbée à une certaine époque ou se soit échappée pendant l'ouverture du crâne. Il est vrai que cette hypothèse ne s'accorde pas avec la vivacité, la gaîté même de cette femme, la mobilité de ses traits, l'intégrité de son intelligence : aussi je vous l'abandonne pour ce qu'elle vaut, sans y attacher la moindre importance.

Quant à la perte de la parole, il est évident que c'était le premier symptôme de la paralysie qui, successivement, a envahi tout le côté droit, puisque c'était le même côté de la langue qui était paralysé, et qu'elle a été produite par la même

cause, c'est-à-dire, le ramollissement qui existait à gauche.

§. IV. L'état de la vésicule biliaire, chez cette femme, est une preuve de la non existence des vaisseaux hepato-cystiques.

N° 8.

54 ans, faiblesse, céphalalgie, engourdissement général, convulsions des bras, puis paralysie à *droite*, douleur violente des membres paralysés. Mort le douzième jour. — *Arachnoidite chronique, ramollissement du cerveau vers la partie supérieure du lobe moyen* gauche ; *au centre, épanchement de sang.*

Vailbain, veuve âgée de 54 ans, avait dans l'espace de dix ans éprouvé beaucoup de malheurs et de chagrins domestiques, à la suite desquels se manifestèrent du trouble dans les fonctions intellectuelles, un état de faiblesse et d'abattement général, des douleurs de tête presque habituelles. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 72, le..... 1816, les traits portaient l'empreinte de la tristesse ; elle se tenait presque toujours sur son séant, parce que ses douleurs de tête augmentaient lorsqu'elle se couchait horizontalement ; la respiration était extrêmement difficile ; le pouls irrégulier présentait, après trois pulsations, deux intermittences de suite ; les mouvemens de la langue étaient embarrassés, avec bégayement ; les forces musculaires étaient diminuées, les membres engourdis, les jambes et les pieds infiltrés. De temps en temps, les bras étaient agités de mouvemens convulsifs légers, avec soubresauts dans les tendons. Peu à peu, les mouve-

mens devinrent plus difficiles, surtout du *côté droit*, dont la sensibilité diminuée était remplacée par un sentiment de formication : enfin, tout à coup, pendant la nuit, un mois environ après son entrée, la paralysie du côté *droit* devint complète, à cela près d'un reste de sensibilité dans la *jambe*. La bouche était tirée à gauche, le bégayement était augmenté au point qu'on ne comprenait plus rien de ce que la malade vouloit dire; elle ne pouvoit même faire sortir sa langue.

On employa pendant plusieurs jours saignées, sinapismes, vésicatoires, lavemens purgatifs, émétique, etc., le tout sans succès. Huit à dix jours après, elle éprouva dans tout le côté paralysé des *douleurs violentes* qui lui arrachaient des cris et des gémissemens continuels; quand on essayait de mouvoir les membres, on éprouvait une certaine résistance, une sorte de roideur des articulations, et les douleurs devenaient excessives.

Le onzième jour, depuis l'attaque de la nuit, la respiration devint stertoreuse, la face cadavéreuse, la peau froide, la roideur des membres paralysés excessive : enfin, la mort arriva le lendemain.

Autop. cadav. Les membranes arachnoïde et pie-mère étaient très injectées et séparées l'une de l'autre par une espèce de gelée tremblante, épaisse d'une demi-ligne dans certains endroits, assez semblable à celle qu'on trouve quelquefois sous l'épiderme en levant un vésicatoire. J'enlevai ces membranes avec la plus grande facilité, sans les rompre; mais, vers la partie

supérieure du lobe moyen *gauche*, j'entraînai avec l'arachnoïde une portion de la substance cérébrale adhérente à la pie-mère dans l'étendue de deux pouces dans tous les sens; les circonvolutions cérébrales correspondantes étaient affaissées et tout-à-fait ramollies jusqu'à un pouce et demi de profondeur; cette mollesse était d'autant plus remarquable, que je n'ai jamais vu de cerveau plus consistant. Au centre de cette substance grisâtre et comme diffluente était une espèce de foyer du volume d'une noisette, d'un brun foncé, formé par du sang en partie épanché, en partie infiltré et mêlé à la substance cérébrale.

§. I. Vous avez dû remarquer que les symptômes propres au ramollissement avaient été précédés pendant long-temps d'une série de phénomènes que nous n'avons pas observés jusqu'à présent, et que nous verrons plus tard caractériser les inflammations chroniques de l'arachnoïde. Je ne les examinerai pas ici; mais si vous jetez les yeux sur le commencement de l'observation, vous verrez que ce n'est qu'environ un mois après le commencement de la maladie que les symptômes de ramollissement ont commencé à se manifester par la paralysie du côté droit, la jambe conservant toutefois un reste de sensibilité. (*Voy.* n° 3, §. II.)

A l'ouverture du corps, nous trouvons une grande quantité de sérosité comme gélatineuse, sous l'arachnoïde; cette membrane est très résistante, ce qui indique une affection chronique. Nous trouvons une espèce de caillot sanguin du volume d'une noisette

seulement (la paralysie de la jambe n'était pas complète), dans la substance grise du cerveau.

Huit à dix jours après l'attaque de la nuit, douleurs violentes dans les membres paralysés, cris et gémissemens, bientôt roideur des membres, qui augmente jusqu'à la mort; et nous trouvons autour du caillot la substance cérébrale tout-à-fait ramollie, et adhérente à la pie-mère.

§. II. Maintenant, n'est-il pas très probable que l'inflammation chronique de l'arachnoïde, en entretenant une congestion habituelle vers cette membrane, a fini par déterminer, dans une de ces congestions plus fortes que les précédentes, un commencement d'hémorrhagie dans un point de la substance cérébrale, immédiatement en contact avec elle, et que la présence du sang, plus la proximité de l'arachnoïde enflammée, ont fini par amener l'inflammation, ou, si vous aimez mieux, le ramollissement de la substance cérébrale? Les faits nous apprendront bientôt jusqu'à quel point cette explication est fondée. En attendant, rappelez-vous que jusqu'à présent nous avons vu les symptômes d'irritation précéder ceux de collapsus, ou diminuer du commencement jusqu'à la fin de la maladie (c'est la marche ordinaire), tandis que, dans cette dernière observation, le contraire a lieu. Vous verrez, dans l'observation suivante, le même symptôme (c'est-à-dire la douleur du membre paralysé), la même altération du cerveau, produite évidemment par une inflammation.

N° 9.

17 ans, contusion à la tempe droite; quinze jours après, céphalalgie, faiblesse, douleurs des membres, affaiblissement de l'intelligence. Un mois et demi après, paralysie du côté droit, avec sensibilité augmentée; enfin, paralysie subite du côté gauche, perte de sensibilité. — *Épanchement de sérosité dans le ventricule latéral* gauche, *traces d'inflammation de l'arachnoïde. Ramollissement et suppuration de la substance cérébrale correspondante, sang dans le ventricule* droit *et dans la substance cérébrale du même côté.* (Dan de La Vauterie, Dissert., etc. Obs. 11.)

« Un jeune homme de 17 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, reçut, vers la fin du mois de juin 1806, un coup de pierre à la tempe droite, qui lui fit répandre beaucoup de sang; un peu avant la mi-juillet, il commença à se plaindre de céphalalgie, de faiblesse et de douleurs dans les membres; ses facultés morales s'affaiblirent d'une manière notable; il ne pouvait plus s'habiller lui-même, tant les mouvemens étaient pénibles.

Le 17 août, tandis que sa mère l'habillait, il perdit tout d'un coup la parole et la faculté de mouvoir les deux membres du côté droit; il répondait par signes aux questions qu'on lui faisait : les pupilles étaient dilatées, les membres paralysés conservaient beaucoup de sensibilité, étaient même *douloureux au toucher;* le pouls était fréquent, il y avait le soir une exacerbation marquée : c'est dans cet état qu'il fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 19 août. Les jours suivans, les membres droits s'infiltrèrent

d'une manière remarquable. Enfin, dans la soirée du 30, il fut brusquement jeté dans un état comateux par une nouvelle attaque d'apoplexie, dans laquelle il perdit la faculté de mouvoir les membres du côté gauche; il ne donna plus de signes de sensibilité. La respiration devint stertoreuse, et il mourut le lendemain matin.

« *Autop.* Trois cuillerées de sérosité sanguinolente dans le ventricule latéral gauche, quelques points de rougeur manifeste à l'arachnoïde, sur la partie antérieure des couches optiques et des corps cannelés; en arrière, la surface interne du même ventricule était comme *contuse* en plusieurs endroits. Au-dessous de la partie antérieure de cette cavité, la substance cérébrale était d'un *rouge amaranthe* dans l'étendue d'un pouce et demi en long et en large, jusqu'à l'infundibilum, la selle turcique et le tissu cellulaire de la pie-mère environnante; le centre de cette partie était *ramolli et à moitié réduit en pus.* Dans le ventricule droit, il y avait deux ou trois cuillerées de sang caillé, noirâtre. Au-dessous et en arrière de ce ventricule, se trouvait, dans la substance cérébrale, un caillot de sang noir, gros comme le tiers du poing; il y avait du sang infiltré autour et en dehors de la gaîne que la dure-mère fournit au prolongement rachidien, dans la partie supérieure du canal du même nom. »

§. I. Cette observation est fort remarquable sous plusieurs rapports : d'abord, nous voyons une contusion du cerveau par contre-coup (c'est la tempe

droite qui a été frappée, et la paroi externe du ventricule latéral gauche qui a été désorganisée), produite au bout de quinze jours des symptômes d'inflammation de cet organe; au bout d'un mois et demi, la faiblesse des mouvemens se change en paralysie complète du côté droit; mais ce qu'il est important de noter : *avec augmentation de la sensibilité et même douleur à la pression.* Nous trouvons la paroi du ventricule gauche d'un rouge amaranthe, *ramollie* et à moitié réduite *en pus.* Cette altération ressemble donc parfaitement à celle que nous avons rapportée, et nous ne pouvons pas douter qu'elle ne soit le résultat d'une inflammation. Si vous comparez cette observation à la précédente, vous serez frappé de la ressemblance qu'elles ont jusqu'ici entre elles; même début, même marche, même sensibilité augmentée dans le bras paralysé. Chez l'un et chez l'autre, inflammation de l'arachnoïde, même aspect de l'altération du cerveau : il est donc probable que, dans le premier cas comme dans le second, elle était aussi due à une inflammation.

Treize jours plus tard, la moitié gauche du corps est tout à coup paralysée aussi, mais le malade perd toute sensibilité, et, du côté droit du cerveau, nous trouvons un épanchement sanguin qui explique la seconde paralysie. Nous pouvons donc observer sur le même individu le ramollissement et l'apoplexie qu'il eût été possible de distinguer pendant la vie, par des symptômes caractéristiques.

§. II. L'hémorrhagie cérébrale a sans doute été

déterminée par une congestion produite elle-même par l'inflammation voisine; et ce qui le prouve, c'est l'exhalation sanguine qui a eu lieu simultanément à la surface de la membrane séreuse des ventricules.

L'observation suivante du même auteur a encore plus de rapport avec celle du n° 8.

N° 10.

62 ans, paralysie du bras *gauche*, avec rigidité des fléchisseurs, douleurs, etc. Un mois après, même état de la jambe *gauche*, délire sourd. Mort au bout de deux mois. — *Épanchement de sang au centre de l'hémisphère* droit, *inflammation et suppuration des parois du foyer.* (Dan de La Vauterie, Dissert., etc. Obs. 8.)

« Augrement, âgé de 62 ans, d'un tempérament bilieux-sanguin dégénéré, après avoir éprouvé pendant quatre ans des douleurs gravatives vers l'occiput, accompagnées quelquefois de vertiges, ses hémorroïdes ayant moins flué, tomba dans un état d'apoplexie faible : cataphora, sens obtus, perte presque totale de la mémoire, embarras de la parole, coucher en supination, paralysie du membre thorachique *gauche*, avec *rigidité très prononcée des muscles fléchisseurs, et douleurs aiguës, accompagnées de picotemens qui augmentent lorsqu'on presse ou qu'on essaie de remuer le bras*, et paraissent avoir leur siége dans les muscles. »

Augmentation de la céphalalgie, langue sèche et brune, haleine et sueurs fétides, pouls petit, fréquent, respiration naturelle. Pendant un mois,

point de changement; alors même état du membre abdominal *gauche* que du membre thoracique, (c'est-à-dire, insensibilité de la peau, immobilité, rigidité, avec douleurs aiguës et picotemens dans l'épaisseur des muscles). Vers la fin du second mois, coma profond, aphonie, délire sourd, respiration stertoreuse, mort.

Autop. cadv. « A peu près deux cuillerées de sang caillé au centre de l'hémisphère droit du cerveau; parois du foyer enduites, à leur surface interne, d'une matière *puriforme*, rouges et enflammées, jusqu'à la profondeur de deux ou trois pouces en tout sens. »

§. I. Les symptômes, précurseurs de cette apoplexie, sont assez remarquables pour être notés. Pendant quatre ans, douleurs gravatives, vertiges; la diminution d'un flux périodique habituel paraît décider l'affection cérébrale qui menaçait la malade depuis long-temps.

§. II. Remarquez que le bras gauche seul est paralysé (*Voy.* n° 3, §. II); que cette paralysie est accompagnée exactement des mêmes sympômes que dans les deux observations précédentes; mais ils durent bien plus long-temps, puisque ce n'est qu'un mois après que la jambe est affectée de la même manière; aussi, à l'autopsie, ce n'est plus, comme dans l'observation n° 8, un ramollissement qu'on trouve autour du caillot, c'est du véritable pus. Il est à regretter qu'il ne soit pas fait mention du traitement, ni de l'examen des autres organes, que nous ne sa-

chions pas à quelle époque de la paralysie ont commencé à se développer les symptômes d'inflammation.

J'aurais pu rapporter ici un assez grand nombre d'observations semblables, mais elles trouveront mieux leur place parmi les apoplexies. J'ai choisi celle-ci de préférence, parce qu'elle appartient au même auteur que la précédente.

N° II.

70 ans, paralysie de la langue et de la moitié *droite* du corps, conservant quelques traces de sensibilité, faiblesse du bras *gauche*, ensuite roideur des membres à *droite*, convulsions des muscles de la face, du sterno-mastoïdien *gauche* et du *droit* alternativement. Mort le huitième jour. — *Épanchement sanguin à la surface supérieure des deux hémisphères ; à la partie antérieure de l'hémisphère* gauche, *deux petits caillots dans la substance grise ; ramollissement de la partie postérieure du ventricule du même côté.*

M. W...., âgé de 70 ans, d'une constitution délicate, est apporté à l'Hôtel-Dieu, salle de la Crèche, n° 55, le 4 novembre 1815, sans qu'on puisse rien apprendre de ceux qui l'accompagnent, sinon qu'on présume qu'il a reçu quelques coups, et que depuis quatre jours il est dans l'état où nous le voyons, sans qu'on ait employé pour l'en tirer aucun moyen un peu actif. Le malade voit et entend très bien ; mais il fait de vains efforts pour répondre, et ne rend que des sons inarticulés ; sa langue, qu'il tire avec difficulté, est légèrement déviée à *droite*, la commissure des lèvres est un

peu tirée à *gauche*, la bouche est presque toujours en mouvement, le membre supérieur droit est immobile et insensible, excepté à la partie *externe et inférieure de l'avant-bras*; la cuisse et la jambe sont aussi immobiles, mais la peau de la *jambe* a conservé plus de sensibilité que celle de l'avant-bras, *les muscles du bras gauche ont perdu de leur énergie*; du reste, pouls à peu près naturel, toux légère. (Décoct. de café, six gros dans une inf. de sureau; arnica miélée avec acétate d'ammon., deux onces, et sirop de kk.; douze sangsues derrière les oreilles.) Le soir on remarque de la *roideur dans les membres paralysés, surtout lorsqu'on veut les étendre.*

Le 6 novembre, cinquième jour de l'invasion, le malade paraît ne plus entendre, et la vue est presque entièrement perdue; le bras *droit* est tout-à-fait insensible. Pendant la nuit, on commence à remarquer, dans les muscles de la face, de légers mouvemens convulsifs, qui augmentent le matin; ils ne durent qu'un instant et reviennent chaque cinq minutes environ, en commençant par les muscles surciliers, puis gagnant les paupières, tous les muscles de la face, les lèvres, enfin le sterno-mastoïdien *gauche*: alors la tête est tournée à droite, la bouche tirée à gauche, et les yeux immobiles et insensibles à la lumière se dirigent à droite pendant toute la durée de l'accès; la respiration est très laborieuse, l'inspiration surtout exige de grands efforts mus-

culaires, ce qui paraît tenir à un spasme du larynx coïncidant avec la contraction des muscles de la face et du cou : le malade semble alors menacé d'asphyxie. Quelquefois le paroxisme commence par le muscle sterno-mastoïdien *droit*, la face se tourne tout à coup à gauche, puis entre en convulsion. (Valeriane sauvage avec sirop de quinquina, deux onzes ; douze pilules de camphre de deux grains chaque; décoct. d'arnica).

Le 7 et le 8 novembre, les convulsions continuent de la même manière ; mais un peu moins fortes : même prescription. Il se joint aux autres symptômes une roideur comme tétanique du cou, qui maintient la tête fortement renversée en arrière. Mort dans la journée du 8, septième jour de la maladie.

Autop. cadav. Tête. La surface supérieure des deux hémisphères du cerveau, est recouverte d'un épanchement sanguin assez considérable; à la partie antérieure de l'hémisphère *gauche*, du sang est épanché dans la substance grise du cerveau, et forme deux caillots séparés, chacun du volume d'une aveline. Autour de chaque caillot, la substance cérébrale est fort injectée, pénétrée de sang comme infiltré; à la partie postérieure du ventricule *gauche*, la pulpe cérébrale est ramollie, réduite en une espèce de bouillie presque diffluente sous le scalpel, ses parois sont même détruites dans plusieurs points comme par *suppuration*, de

manière à laisser une cavité en forme de ventricule accidentel. On n'observe rien de remarquable dans les autres cavités.

§. I. Les détails minutieux qui semblent surcharger inutilement cette observation, sont cependant indispensables. Rapprochons, comme nous l'avons fait jusqu'à présent, les symptômes et les altérations trouvées à l'ouverture du corps. La langue se dévie à *droite*, le côté *droit* paralysé conserve un peu de sensibilité, surtout la *jambe* (*Voy.* n° 3, §. II). La cause de la paralysie n'est donc pas très puissante. Or nous trouvons dans l'hémisphère gauche deux caillots séparés du volume d'une aveline; les muscles du bras gauche ont perdu de leur énergie, ce qui suppose une cause de paralysie encore moins forte que la précédente : du sang était épanché à la surface de l'arachnoïde, des deux côtés; c'était donc l'épanchement du côté droit qui produisait cette faiblesse à gauche. Traitement tonique et stimulant très énergique, roideur dans les membres paralysés, c'est-à-dire à *droite*, et en même temps augmentation de la paralysie, puis convulsions de la face, du cou, etc. par accès comme épileptiques. Tous symptômes qui annoncent une inflammation, ou, si vous aimez mieux, un ramollissement de la pulpe cérébrale. Aussi, après la mort, avons-nous rencontré un ramollissement considérable de la partie postérieure des parois du ventricule gauche, avec commencement de suppuration.

§. II. Les symptômes nerveux ou d'irritation re-

venaient par accès de courte durée, comme dans les observations 3, 6 et 8, pour faire place au collapsus. Mais ces accès ont présenté un phénomène particulier dans le principe : le sterno-mastoïdien gauche, contracté convulsivement, tournait la tête à droite; plus tard, il est arrivé quelquefois tout le contraire. Enfin la tête a été fortement renversée en arrière comme dans l'opisthotonos. Mais remarquez bien que la maladie occupait en partie le milieu du cerveau, puisque c'était les parois du ventricule latéral gauche qui étaient ramollies, et qu'il n'est guère possible de supposer que le ventricule droit, qui n'est séparé du gauche que par le septum lucidum lui-même, affecté n'ait pas participé plus ou moins à l'inflammation.

§. III. Je vous ai déjà laissé entrevoir ce que je pensais des effets du traitement; ce que j'aurais à en dire est trop clair pour avoir besoin d'explication. Vous voyez que cette observation si compliquée, examinée avec un peu d'attention, ne présente rien que nous n'ayons remarqué dans les cas plus simples qui précèdent.

N° 12.

50 ans, plusieurs efforts apoplectiques avortés, étourdissemens, engourdissement du côté *droit.* Le lendemain, paralysie complète, pouls plein, résistant (plusieurs émétiques), agitation considérable, *déviation de la face du côté sain* (gauche), *roideur du bras paralysé* (droit), mouvemens involontaires de l'autre (toniques), fièvre, chaleur à la peau, collapsus. Mort le treizième jour. — *Arachnoïdite, infiltration de sang dans le corps strié du côté* gauche, *ramollissement du centre ovale de Vieussens sans*

injection sanguine, infiltration de sang dans quelques points des poumons, hypersarcose du cœur, ossification des artères, gastro-enterite.

Une femme âgée de 60 ans environ, d'une maigreur extrême, après avoir éprouvé, à ce qu'on nous dit, plusieurs attaques d'apoplexie (on ne nous donna à cet égard que des renseignemens très vagues), ressentit, le 17 décembre 1817, des *étourdissemens avec obscurcissement de la vue, faiblesse et engourdissement des membres du côté droit*, et entra le 20 à l'Hôtel-Dieu, salle du Rosaire, n° 20, à peu près dans le même état. Les membres avaient conservé leurs mouvemens, seulement le *bras droit était un peu engourdi, et la main ne pouvait pas serrer aussi fortement que la gauche.* La parole était un peu embarrassée, comme dans un commencement d'ivresse; la bouche légèrement déviée à *gauche*, le pouls fort, plein et lent. Une saignée me semblait indiquée, je l'avais prescrite, mais elle ne fut point pratiquée, à cause de l'extrême maigreur de la malade.

Le lendemain matin à la visite, côté *droit* du corps privé de sentiment et de mouvement, fonctions intellectuelles profondément altérées, bouche tirée à *gauche*, œil droit insensible à l'action de la lumière; la *jambe* a seulement conservé un peu de sensibilité et de mouvement. Figure affaissée, pouls cependant plein et régulier (eau de veau, émét. deux grains, potions calmantes, sinap.). L'émétique produisit des vomissemens abondans de bile verte, et point de selles. Dans la journée, *agitation*

considérable ; plusieurs fois la malade essaya de sortir de son lit. Le soir, la figure est plus animée, la bouche plus déviée que le matin. Le 22 matin, face altérée, jaunâtre, mêmes symptômes (huit sang. derrière chaque oreille, eau de veau, émét. deux grains, serum sulfate de soude, ℥ iij chiend. rabel). Point de vomissement, deux selles, face plus animée, exacerbation le soir.

Le 23 matin, la tête est tournée à gauche, c'est-à-dire du côté sain, et ne peut être maintenue dans aucune autre position ; roideur du sterno-mastoïdien droit, la figure paraît affaissée (décoc. de kk. avec eau de rabel, julep avec extrait de kk. ℥ j). *Agitation pendant toute la journée.* Le soir, visage très rouge, œil droit à demi fermé, larmoyant, respiration un peu accélérée, pouls concentré, un peu fréquent, langue rouge, peau brûlante, le bras gauche change à chaque instant de place, et se porte toujours vers la tête ; *le bras paralysé n'est plus si flasque que les premiers jours.*

Le 24 au matin, état de stupeur, les *membres paralysés ont une certaine roideur.* On ne peut les mouvoir sans efforts (même prescription que la veille) ; le soir on remarque de l'*écume sur les lèvres ;* à chaque expiration, l'air remplit la bouche et distend les joues, surtout celle du côté paralysé : on applique des vésicatoires aux jambes.

Le 27, la stupeur est un peu moins grande ; du reste, mêmes symptômes, mêmes prescriptions.

Le 28, la stupeur augmente, le pouls est intermit-

tent; du reste, point de changement (lavemens fortement purgatifs qui ne produisent point de selles.)

Le 29 et jour suivans, il survint du gonflement à l'une des parotides sur laquelle on appliqua un vésicatoire sans résultat avantageux; les symptômes précédens s'aggravèrent, et la malade dépérit de jour en jour: enfin, elle mourut le 3 octobre, treize jours après le début des premiers symptômes.

Autop. cad. Le crâne étant enlevé, on trouva la dure-mère très rouge et comme injectée; les vaisseaux de l'arachnoïde étaient aussi très développés; cette membrane était séparée de la pie-mère par une grande quantité de sérosité. Tout l'hémisphère droit était parfaitement sain et consistant; la surface de l'hémisphère *gauche* était également très ferme; mais la portion de substance blanche, désignée sous le nom de centre ovale de Vieussens, était entièrement ramollie, diffluente comme de la bouillie. Au milieu du corps strié du même côté, existait un épanchement, ou, pour parler plus exactement, une infiltration de sang dans la substance grise, en forme de noyau; car le sang paraissait moins épanché que combiné, ou mêlé avec la substance cérébrale; l'espace occupé par cette espèce d'épanchement pouvait avoir un pouce et demi dans tous les sens. La substance blanche, dite centre ovale, était d'autant plus ramollie, qu'on l'examinait plus près du foyer sanguin; mais elle était restée blanche, il n'était pas possible de confondre ces deux altérations. L'arachnoïde du ventricule latéral gauche, qui recouvre le corps strié et la cou-

che des nerfs optiques, était épaissie ; cependant ce ventricule ne contenait, ainsi que le droit, que peu de sérosité.

Toutes les artères du cerveau étaient ossifiées; il n'y avait plus que les petits rameaux qui fussent encore souples.

Poitrine. Les poumons étaient sains, excepté dans une étendue de quelques pouces où leur parenchyme était infiltré de sang et très compacte. Le cœur avait conservé ses dimensions naturelles ; mais le ventricule gauche était saillant et arrondi, et sa cavité était extrêmement petite, à cause de la grande épaisseur des parois, qui formaient les trois quarts de la substance charnue du cœur. L'oreillette et le ventricule droit étaient amincis et dilatés, pleins de caillots très denses et blancs au centre. Les valvules sigmoïdes de l'aorte étaient en partie ossifiées ; mais encore mobiles. L'aorte était dilatée vers sa courbure, et ossifiée partout ; des plaques osseuses, irrégulières, soulevaient sa membrane interne ; quelques unes même étaient à nu, et faisaient saillie dans la cavité de l'artère. La membrane moyenne était très épaisse, mais comme terreuse, facile à déchirer dans tous les sens; dans plusieurs endroits on voyait des espèces d'ulcères sanieux, inégaux; les plus grands, ayant six à huit lignes de diamètre, avaient presque perforé les parois de l'artère; dans plusieurs endroits il ne restait plus qu'un tissu cellulaire très mince, comme dans les ulcérations des intestins dont le fond est formé par le péritoine. C'était la dégénérescence des membranes,

moyenne et interne, en une espèce de boue grisâtre, que Scarpa a si bien décrite sous le nom expressif d'*altération terreuse*. La cavité de l'aorte, vers sa terminaison, était rétrécie par les plaques osseuses qui rendaient sa surface toute rugueuse. Toutes les artères des membres étaient aussi ossifiées.

Abdomen. L'estomac était fort rétréci, plissé sur lui-même, très rouge, et granuleux à sa surface muqueuse; la même altération existait à la surface des intestins grèles, mais allait en diminuant depuis l'estomac jusqu'au cœcum; les gros intestins étaient moins rouges, et pleins de matières fécales durcies. La vésicule biliaire était pleine d'une bile épaisse, d'un vert noirâtre.

§. I. Les artères des membres, de la tête et du tronc, étaient ossifiées, l'aorte profondément altérée, sa courbure dilatée, les valvules sigmoïdes libres, quoiqu'un peu altérées; la cavité du ventricule gauche très petite, mais les parois du double plus épaisses qu'à l'ordinaire; les oreillettes amincies et dilatées. Que faut-il en conclure? Que cette ossification presque générale étant un obstacle à la circulation du sang artériel, a obligé le cœur à des efforts plus considérables, qui, par la suite, ont déterminé l'augmentation d'épaisseur des parois du ventricule gauche. La dilatation des oreillettes est encore un résultat et une preuve de l'embarras de la circulation. De cette hypersarcose du cœur est résulté une impulsion plus forte du sang artériel, dont l'effet sur le cerveau a dû être d'autant plus

énergique que l'orifice ventriculo-aortique était parfaitement libre; et j'en donnerai pour preuve la dilatation de la crosse de l'aorte, et l'état remarquable du pouls de la malade à son arrivée à l'hôpital. De là donc les fréquentes attaques d'apoplexie qu'elle avait, dit-on, éprouvées, et qui n'étaient que des congestions plus ou moins énergiques, puisque nous n'en avons pas trouvé de traces à l'autopsie : de là les étourdissemens habituels, avec obscurcissement de la vue, faiblesse et engourdissement des membres. (1)

---

(1) Nous verrons plus tard, en parlant des apoplexies, l'influence qu'a sur la production de ces maladies l'augmentation d'épaisseur des parois du ventricule gauche. En attendant, je ne puis mieux faire que de vous renvoyer à un excellent article du Journal complémentaire du Dictionnaire des Sciences médicales (juillet 1819, page 17), dans lequel mon ancien collègue à l'Hôtel-Dieu, et mon ami, le docteur Bricheteau, a traité ce sujet avec son talent accoutumé. Je dois cependant vous faire observer par anticipation qu'il a négligé la circonstance la plus importante. Dans les observations qu'il rapporte, dans celles que j'ai lues ou que j'ai recueillies, il n'est pas fait mention de rétrécissement de l'ouverture ventriculo-aortique, qui est la cause la plus commune des anévrismes du cœur; et vous concevez facilement que, quand l'obstacle qui produit le développement du ventricule gauche est situé à l'ouverture de l'aorte, l'augmentation d'énergie de ses contractions est employé à vaincre cette résistance, et ne peut plus communiquer au sang poussé vers le cerveau une impulsion trop forte. C'est donc seulement quand la cause de l'hypersarcose du cœur ne se trouve pas entre l'origine des artères carotides et le cœur, qu'elle peut produire des congestions cérébrales; et précisément, dans ces cas, on n'observe ordinairement ni la coloration bleuâtre des lèvres et des joues, ni l'infiltration

A l'arrivée de la malade, symptômes d'apoplexie imminente : une saignée prescrite n'est point exécutée ; le lendemain, paralysie complète du côté droit. A l'autopsie, nous trouvons au milieu du corps strié gauche, une altération qui tient autant de l'injection vasculaire que de l'épanchement de sang proprement dit : c'est un *commencement* d'apoplexie; aussi, *la jambe avait conservé de la sensibilité et du mouvement* (*Voy.* Obs. n° 3, §. II). Et remarquez que nous trouvons une altération tout-à-fait de même nature dans plusieurs points du parenchyme des poumons. Malgré l'état du pouls, point de saignée, émétique. Agitation considérable, congestion sanguine vers la tête, augmentation de la paralysie; émétique, purgatifs, etc. La tête se tourne du côté sain par la contraction spasmodique du sterno-mastoïdien du côté paralysé; premier symptôme nerveux qui annonce un commencement d'inflammation autour du foyer sanguin (*Voy.* les Observ. 9, 10 et 11). Traitement tonique et stimulant, roideur de plus en plus considérable des membres paralysés; ramollissement très étendu du cerveau autour du foyer sanguin.

---

des membres, etc.; symptômes qui dépendent de la stase du sang veineux, et qu'on a donnés comme pathognomoniques des anévrismes du cœur. Aussi cette variété de l'anévrisme n'est-elle presque jamais soupçonnée pendant la vie ; c'est donc une distinction essentielle à établir. Nous aurons plus tard occasion d'y revenir.

§. II. Enfin vous avez sans doute remarqué l'agitation singulière du bras non paralysé, suivie le lendemain d'un peu d'écume à la bouche, et vous en voyez la cause dans les traces bien évidentes d'une inflammation de l'arachnoïde dont les effets n'ont pu être apparens que du côté du corps non paralysé.

§. III. Mais ce n'est pas tout encore. Après l'administration de deux émétiques et de purgatifs, qui n'ont produit que peu d'évacuations, la langue est devenue rouge, la peau brûlante, le pouls fréquent; on a donné les toniques qui ont été suivis d'excitation, puis de stupeur. Vous trouverez la cause de ces nouveaux symptômes dans l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Il me semble que ce rapprochement entre les symptômes et les altérations pathologiques, quoique fait d'une manière rapide, suffit cependant pour vous montrer l'analogie que cette observation peut avoir avec les quatre précédentes, et surtout la dernière. Il me semble qu'à travers toutes les complications qui la rendent au premier coup d'œil si entortillée, vous pourrez suivre, sans trop d'efforts, l'enchaînement remarquable des causes et des effets.

Avant d'en finir, je dois vous rappeler que c'était encore dans le corps strié qu'avait lieu l'épanchement ou l'infiltration du sang, tandis que la substance blanche environnante avait conservé sa couleur naturelle. (*Voy.* les Observ. 4, 5, et surtout 6.)

N° 13.

54 ans, constitution apoplectique, dysmenorrhée, congestions cérébrales fréquentes, coup de sang. Trois ans après, violente attaque, état comateux, paralysie de l'œil *gauche*, avec contraction, commencement de paralysie du côté *droit*, symptômes d'anévrisme du cœur, saignée suivie de convulsions des membres à *droite* et de la face à *gauche*, retour de ces accès épileptiformes. Mort le quatrième jour. — *Anévrisme du cœur et de la crosse de l'aorte, arachnoïdite, ramollissement brunâtre de la couche-optique* droite, *du corps strié* gauche, *et de la protubérance annulaire du même côté.*

Anne Benoît, âgée de 54 ans, d'une constitution forte et pléthorique, ayant avec une taille petite beaucoup d'embonpoint, un col court et volumineux, était habituellement peu réglée, quoique d'un tempérament sanguin. A chaque époque menstruelle, elle éprouvait des vertiges, des éblouissemens, et ses règles s'établissaient difficilement. En 1814, à l'âge de 51 ans, elle éprouva une congestion cérébrale plus forte qu'à l'ordinaire, pendant laquelle tout semblait tourner autour d'elle, et tout ce qu'elle voyait lui semblait coloré en rouge; ces symptômes qui paraissent avoir été fort graves, puisqu'on assurait qu'elle avait eu une forte attaque d'apoplexie, se dissipèrent cependant spontanément, et en peu de temps, sans laisser de traces de paralysie, ce qui prouve que ce n'était qu'une congestion très forte; la malade ne fit rien pour prévenir des accidens plus graves. Les éblouissemens devinrent plus fréquens,

et bientôt elle n'osa plus se baisser sans risquer de tomber.

Le 27 novembre 1817, elle eut une congestion plus forte, pendant laquelle elle éprouva un sentiment de suffocation imminente, des tintemens d'oreilles, et perdit connaissance pendant quelques instans. Un médecin appelé ordonna 12 sangsues à la vulve, et des médicamens dits anti-spasmodiques ; le tout sans aucun soulagement.

Le lendemain 28 novembre, elle entra à l'Hôtel-Dieu, salle du Rosaire, n° 37. Je la trouvai dans un état comateux profond, les yeux fermés ; mais avec cette différence que quand on excitait la malade, elle ouvrait l'œil droit, tandis que le *gauche* restait fermé ; elle répondait difficilement, la langue semblait embarrassée comme dans un commencement d'ivresse : cependant il était facile de comprendre qu'elle se plaignait d'un engourdissement dans les membres du côté droit, et de s'assurer qu'ils avaient perdu de leur force musculaire et de leur sensibilité.

Le col et la face étaient dans un état de turgescence ; les vaisseaux des joues, des lèvres, de la langue et de la conjonctive, remplis de sang noir, donnaient à ces parties une couleur bleuâtre ou violacée. Les veines jugulaires externes distendues avaient le volume du doigt ; à chaque contraction du cœur on voyait distinctivement la veine se gonfler, puis s'affaiser ensuite pendant la diastole ; ces mouvemens ondulatoires s'étendaient jusqu'à la base du crâne ; ils n'étaient pas sensibles au tact. Le pouls était faible, d'une ir-

régularité dont il n'est pas possible de donner une idée ; les battemens du cœur offraient les mêmes irrégularités, mais ils étaient vifs et brusques, et d'une force d'autant plus remarquable qu'elle contrastait avec l'état du pouls; ils se faisaient sentir dans une grande étendue, surtout dans la région épigastrique; on voyait les parois abdominales soulevées d'une manière tumultueuse.

Jamais saignée ne me parut indiquée d'une manière plus positive, plus urgente, et je me décidai à ouvrir la jugulaire, parce qu'elle était si tendue qu'il me suffit, pour faire l'incision, d'appliquer le doigt au-dessous pour arrêter le sang et tendre la peau. Aucun bandage circulaire ne fut donc appliqué autour du cou. L'incision de la veine était large, le sang fut lancé à une grande distance, et jusqu'à la fin il sortit par jets intermittens, tellement distincts et isochrones aux pulsations des artères, que si je n'eusse été rassuré par sa couleur noire foncée, j'aurais cru, avec tous les élèves présens, que j'avais lésé quelque artère. A mesure que le sang couloit, la face perdait sa couleur violette, elle finit par pâlir tout-à-fait. Les mouvemens du cœur étaient toujours irréguliers, tumultueux; mais ils devinrent plus forts et plus distincts, le pouls resta le même. En un instant, cinq palettes furent remplies; ainsi la déplétion fut grande et rapide. Au moment où j'arrêtais le sang, il survint des mouvemens convulsifs très forts, dans les membres du côté *droit* et dans les muscles de la face, du côté *gauche;* les paupières

étaient écartées, les yeux renversés et divergens. La face, de pâle, devint rosée, puis rouge, mais non plus violette comme avant la saignée; pendant un quart d'heure, les convulsions furent si violentes, que je ne pus arrêter l'écoulement du sang qu'en maintenant le doigt sur la plaie; quand elles furent passées, j'eus encore bien de la peine à m'en rendre maître, parce que je ne voulais pas appliquer de bande autour du cou. J'y parvins cependant, en maintenant sur la plaie, au moyen de bandelettes agglutinatives, un épais tampon d'agaric. Peu de temps après la saignée, les mouvemens du cœur devinrent plus réguliers, et la respiration plus facile.

Le 29, troisième jour de la maladie, paralysie complète du bras *droit* et de l'œil *gauche*. L'œil droit reste habituellement fermé, sans être paralysé; serrement des mâchoires, accès convulsifs, épileptiformes, semblables à celui qui s'est manifesté après la saignée. Ces accès se renouvellent plusieurs fois dans la journée; la malade ne répond plus. Du reste, la coloration de la face, les mouvemens du cœur, l'état de la respiration sont revenus comme la veille avant la saignée (saignée du pied, 2 palettes, limon. citr., eau de menthe). Le soir, mêmes symptômes; de plus, on remarque que la moindre pression sur la région épigastrique détermine le retour des mouvemens convulsifs. La peau est sèche et chaude.

Le quatrième jour, face livide, lèvres noires, respiration stertoreuse, pouls à peine sensible, battemens du cœur réguliers, abolition complète de l'en-

tendement et du sentiment, constipation, rétention d'urine (gomme citrique, 2 pots, 12 pilules de camphre, sinapismes). Le soir, toute la surface du corps est froide, le pouls insensible, et cependant les battemens du cœur s'étendent presque jusqu'à l'ombilic; respiration précipitée, bouche écumeuse. Mort à neuf heures du soir.

Autop. cadav. L'arachnoïde est épaisse, rouge, injectée. J'ai pu l'enlever de chaque côté, dans presque toute son étendue, sans la rompre; après avoir été bien lavée, elle a paru tout-à-fait opaque. La portion de cette membrane qui recouvre la dure-mère des fosses occipitales, était fortement colorée par le grand développement des vaisseaux qui formaient à sa surface une espèce de réseau membraneux; les sinus de la dure-mère étaient gorgés de sang.

Ramollissement brunâtre de la partie centrale de la couche des nerfs optiques droite, dans une étendue d'environ un demi-pouce, vis-à-vis de ce ramollissement, on trouvait à la surface de la même couche, dans le ventricule latéral droit, une espèce de couenne molle, fausse membrane récente, de la largeur de cinq à six lignes, qui de là adhérait à la surface correspondante du septum lucidum. Au côté gauche, plusieurs points du corps strié et de la protubérance annulaire offraient aussi un ramollissement.

Poitrine. Les poumons étaient sains; le ventricule gauche du cœur, très épais, avait peu de capacité. On ne trouva point de rétrécissement à l'orifice aortique; mais, au-dessus des valvules sigmoïdes commençait

une dilatation de l'aorte, qui s'étendait jusqu'au-dessous de sa courbure, et formait une cavité capable de recevoir les deux poings; un caillot fort épais et ancien remplissait presque toute la poche; les membranes interne et moyenne étaient épaissies et contenaient entre elles de larges plaques osseuses; l'orifice des artères sous-clavières était en partie osseux, déformé, rétréci; celui des carotides n'offrait rien de particulier; le ventricule et l'oreillette droite contenaient beaucoup de sang en caillot, très dense. L'aorte contenait aussi de longs caillots; il en était de même de toutes les grosses artères; la plupart étaient à moitié ossifiées.

§. I. Vous voyez que cette observation a beaucoup d'analogie avec la précédente; elle en diffère par quelques circonstances dont vous saisirez très facilement la cause. Dans l'observation précédente, le pouls était très fort, et les battemens du cœur n'offraient rien de remarquable; dans celle-ci, au contraire, le pouls était très faible, et les battemens du cœur, violens et tumultueux. Chez le premier malade, la face était naturelle; chez le second, elle était violacée; le sang était refoulé dans les veines jugulaires. A quoi tiennent ces différences? Remarquez d'abord que l'orifice des artères sous-clavières étant déformé, rétréci, ne permettait le passage que d'une quantité de sang insuffisante pour distendre les parois de l'artère; de là la faiblesse du pouls : l'ossification de la plus grande partie des artères avait produit, non seulement comme dans le cas précédent, une dilatation de la crosse

de l'aorte, mais encore une poche anévrismale très vaste (1). Cette cavité était en grande partie pleine de caillots anciens; ces obstacles à la circulation étaient assez puissans pour retarder le passage du sang par le ventricule gauche, les poumons, le ventricule droit, et l'oreillette droite, et son retour par les veines; de là la coloration de la face, etc., etc. Mais, direz-vous, comment se fait-il que cette femme ait éprouvé, comme la première, des congestions cérébrales continuelles, des espèces d'attaques d'apoplexie? C'est que l'orifice des artères carotides était libre; ceci n'est donc pas en contradiction avec ce que j'ai dit dans la note de l'Observation précédente.

Faisons maintenant abstraction des symptômes d'anévrisme. La malade, à son arrivée, était dans un état comateux profond; les deux yeux étaient fermés, mais elle pouvait ouvrir le droit (*Voy.* l'Obs. de Morgagni, n° 1); le gauche était donc déjà paralysé, et, plus tard, ce fut de ce côté de la face que se manifestèrent les convulsions. Les membres du côté droit étaient en partie paralysés; plus tard le bras droit le devint complétement, mais pas la jambe (*V.* n° 3, §. II); et ce côté du corps éprouva seul des convulsions. A ces accès convulsifs se joignit un resserrement des mâchoires, tous symptômes qui ne permettent pas de confondre cette maladie avec une hémorragie céré-

---

(1) J'ai disséqué avec soin les parois de cette poche, et j'ai retrouvé partout les trois membranes de l'artère; c'était donc un anévrisme par dilatation.

brale, et l'ouverture du cadavre nous montra à quoi tenait cette espèce de croisement dans les symptômes. Le ramollissement de la couche des nerfs optiques droite explique d'une manière satisfaisante la paralysie de l'œil gauche avec contraction des paupières (1), ainsi que les convulsions de ce côté de la face; comme le ramollissement du corps strié et de la protubérance annulaire du côté gauche explique les mêmes symptômes observés à droite.

Ainsi, tout ce que cette observation semblait avoir d'extraordinaire, disparaît; nous n'y trouvons rien que nous n'ayons observé isolément dans les autres. Tout ce qu'on appelle *anomalies* rentrerait dans la série des phénomènes ordinaires, si nous connaissions toutes les conditions des problèmes à résoudre.

Vous avez remarqué sans doute que vis-à-vis de la couche des nerfs optiques ramollie, se trouvait, à la surface de la membrane séreuse du ventricule correspondant, une fausse membrane récente de la même étendue que la portion du cerveau ramollie, qui, par son intermédiaire, adhérait au septum lucidum. Or, toutes les productions de cette nature sont le résultat d'une inflammation. Il est donc très probable, pour ne pas dire certain, que ce ramollissement a été lui-même produit par une inflammation.

(1) Quoique les nerfs optiques prolongent leur origine jusqu'aux éminences quadrijumelles, ils reçoivent en passant sur la couche des nerfs optiques des filets de substance blanche qui augmentent leur volume.

N° 14.

60 ans, paralysie subite du côté *gauche;* par accès, strabisme; flexion des membres paralysés, légère amélioration, symptômes adynamiques, odeur de souris, mouvemens continuels du bras *droit,* soubresauts des tendons. Mort le douzième jour. — *Injection considérable des vaisseaux du cerveau et de ses membranes, ramollissement du corps strié* droit, *de couleur grise au centre.*

Berthur (Marie), couturière, âgée de 60 ans, d'une constitution molle et lymphatique, fut prise tout à coup de paralysie du côté gauche, et apportée à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Jeanne, trois jours après (11 juin 1816). Je ne pus obtenir aucun renseignement sur son compte.

Toute la moitié *gauche* du corps avait perdu le sentiment et le mouvement; la bouche était légèrement déviée à *droite;* la pointe de la langue, en sortant de la bouche, se tournait à *gauche;* elle prononçait assez distinctement certains mots, mais bientôt elle bégayait, on ne l'entendait plus; les yeux étaient ordinairement fixes, mais de temps en temps ils devenaient très mobiles, se dirigeaient dans des sens différens, puis restaient quelque temps immobiles, mais fortement divergens; pendant ce temps-là les membres du côté *gauche* étaient légèrement *fléchis et contractés.* Ces espèces d'accès ne duraient qu'un instant, mais revenaient au bout d'une heure ou deux: l'âge de la malade et l'état de faiblesse apparente où elle se trouvait, empêchèrent d'employer la saignée. (Deux vésic., l'un sur la hanche et l'autre sur l'épaule, du côté paralysé, tis. sudor., acét. d'ammon.)

Le lendemain, point de changement, même prescription.

Le troisième jour de son entrée, sixième de la maladie, la parole est un peu plus libre; du reste, même état. (Vin de kk., eau de veau, sulf. de soude, ℥ *ij*, lavement purgatif.)

Le quatrième jour, même prescription, même état.

Le cinquième, aux symptômes précédens se joignent ceux d'*adynamie* commençante. (On ajoute à la prescription de la veille, des sinapismes aux pieds.)

Le sixième jour, les symptômes d'*adynamie* augmentent; il s'y joint une odeur de souris, bien prononcée. (Même prescription, nouveaux sinapismes.)

Le septième, la poitrine s'embarrasse, les membres du côté *droit* sont agités de mouvemens involontaires; les mouvemens des yeux avec strabisme et la roideur des membres du côté *gauche*, se renouvellent toujours de temps en temps.

Le huitième, augmentation de la gêne de la respiration et des symptômes *adynamiques;* mouvement continuel du bras droit, soubresauts des tendons du même côté.

Mort le 20 juin, neuvième jour de son entrée, douzième de la maladie. On a continué jusqu'à la fin le traitement tonique et dérivatif.

Autop. cadav. Tête. Le cerveau était d'une petitesse extraordinaire, les vaisseaux de toutes les membranes étaient gorgés de sang; il en était de même de ceux qui pénètrent dans le cerveau : aussi toutes les

membranes et la substance cérébrale étaient très rouges. Dans le corps strié du côté *droit*, existait une espèce de foyer d'environ un pouce d'étendue dans tous les sens, contenant une subtance de consistance de bouillie épaisse, d'un gris foncé au centre, d'un jaune verdâtre vers la circonférence. J'ai dit une espèce de foyer, parce que, pour parler exactement, il n'existait pas de démarcation sensible entre la partie du cerveau malade et celle qui était saine; l'altération de la consistance et de la couleur se perdait d'une manière insensible; la substance cérébrale n'était pas détruite, mais seulement comme pénétrée de pus; le reste du cerveau était ferme.

La membrane muqueusé gastro-intestinale était beaucoup plus rouge que de coutume. Je n'ai pas ouvert la poitrine.

§. I. Cette observation ressemble aux précédentes sous beaucoup de rapports; elle en diffère sous quelques autres. Chez cette malade, la paralysie est survenue tout à coup; les membres étaient habituellement flasques, et jusque là rien ne peut faire distinguer cette maladie d'une hémorragie cérébrale. Mais de temps en temps nous voyons paraître des symptômes spasmodiques, pendant lesquels les yeux sont très mobiles, divergens; les membres paralysés se contractent; et, un instant après, ces légers accès convulsifs disparaissent, tout retombe dans l'affaissement. Vous voyez par là combien il eût été facile de ne pas remarquer ces circonstances en apparence peu importantes, de confondre par conséquent ce

ramollissement avec une apoplexie, combien l'étude des maladies du cerveau exige d'attention dans les plus petits détails.

§. II. On n'ose pas avoir recours à la saignée, on emploie, à l'intérieur, les purgatifs, les toniques, les stimulans diffusibles : point d'évacuation, léger amendement pendant deux jours. Le cinquième, symptômes d'*adynamie* commençante, qui augmentent les jours suivans. A l'autopsie, rougeur considérable de la membrane muqueuse gastro-intestinale, indice non équivoque de la phlogose qui avait existé pendant la vie. (*Voy*. Obs. 12, §. III.)

§. III. Aux synptômes précédens se joint, le septième jour, une agitation insolite des membres du côté droit (non paralysé); le huitième, mouvement continuel, soubresauts des tendons, toujours du même côté. Or, remarquez bien que ces symptômes étaient continus, et que pendant ce temps-là la roideur du côté gauche paralysé, le strabisme, revenaient comme auparavant par accès très courts, suivis de collapsus. Ce n'était donc pas probablement la même cause qui produisait ces deux ordres de symptômes, qu'il ne faut pas confondre. En effet, nous voyons d'une part le corps strié *droit* réduit en une espèce de bouillie *grisâtre au centre*, etc., ce qui explique suffisamment les symptômes observés à gauche; d'un autre côté, l'injection des vaisseaux de l'arachnoïde, de la dure-mère et du cerveau, indique une congestion produite par une inflammation ou au moins une forte excitation de ces organes :

ce qui explique les mouvemens continuels, les soubresauts des tendons, observés du côté droit. Mais, direz-vous, cette injection étant la même à droite et à gauche, pourquoi les deux côtés du corps n'ont-ils pas éprouvé les mêmes phénomènes? C'est que le côté gauche était paralysé par la désorganisation profonde d'une partie de l'hémisphère droit. (*Voyez* Obs. 12, §. II.)

§. IV. Nous avons dit que la substance cérébrale désorganisée était comme infiltrée de pus; ce qui, joint à l'injection considérable de tous les vaisseaux, ne permet guère de douter que cette altération ne soit le résultat d'une inflammation.

§. V. Remarquez que la portion du cerveau ramollie, qui était d'un gris foncé, occupait précisément le corps strié; tandis que la circonférence qui correspondait à la substance blanche environnante, était d'un jaune verdâtre.

§. VI. L'odeur de souris est un symptôme très fréquent dans les affections cérébrales. Je ne me souviens pas d'avoir vu guérir un seul des malades chez lesquels je l'ai observée. (*Voy.* l'Obs. n° 6.)

Pour procéder, autant que possible, du simple au composé, je vous ai rapporté d'abord des observations claires, exemptes de complication; puis successivement d'autres de plus en plus compliquées, qui avaient besoin d'une analyse minutieuse fondée sur des faits antérieurs : mais au moins, dans toutes nous avons rencontré des symptômes particuliers qu'on n'observe pas dans les apoplexies, dont

on eut par conséquent pu les distiuguer pendant la vie. Cependant, comme je ne cherche pas des faits pour appuyer des idées conçues *à priori*, mais que tous mes efforts tendent seulement à n'en déduire que des conséquences rigoureuses, je dois vous faire connaître également les observations dans lesquelles ces symptômes ont été très obscurs, ou ont manqué tout-à-fait. Comme elles sont peu nombreuses, je les citerai tout entières, afin que vous puissiez mieux les apprécier. Je commencerai par une observation du docteur Rochoux, auquel nous devons un des meilleurs ouvrages qui ait paru sur l'Apoplexie.

N° 15.

60 ans; pendant six mois, étourdissemens continuels, perte de la vue de l'œil *droit*, embarras dans la parole; un mois après, nouvelle attaque, paralysie à *gauche*. Mort dix-sept jours environ après. — *Ramollissement grisâtre, espèce d'érosion du corps strié* droit. (Rochoux, Recherches sur l'Apoplexie, page 176.)

« Fauché (Anne), âgée de soixante-un ans, d'Argenteuil (Yonne), jardinière, d'un tempérament bilieux sanguin, d'un embonpoint ordinaire, était sujette, depuis cinq ou six mois, à des étourdissemens qui quelquefois étaient assez forts pour l'obliger de s'arrêter dans les rues, et de s'asseoir en attendant qu'ils fussent passés; cependant ils ne lui avaient jamais fait perdre connaissance, et elle avait toujours continué ses occupations ordinaires. Le 25 novembre 1812, un étourdissement plus fort que les autres la priva de connaissance pendant un

temps que je n'ai peu connaître; revenue de cet état, elle se trouva avoir perdu *la vue de l'œil droit*, et conserva à la suite de cet accident un embarras très grand dans la parole, qui se dissipa graduellement. Vers la fin de décembre, elle perdit de nouveau connaissance; et quand elle revint à elle, elle se sentit paralysée *du côte gauche*. Depuis cette époque, elle avait gardé le lit, mangeant et buvant comme à son ordinaire; mais habituellement plongée dans l'assoupissement, et ne montrant pas beaucoup de suite dans ses idées.

« Quoiqu'elle n'éprouvât pas d'accident remarquable, cependant elle s'affaiblissait chaque jour. Voici dans quel état elle entra à la maison de santé, le 11 janvier 1813 : pouls peu fréquent, nulle douleur : appétit, ventre assez libre, tendance à l'assoupissement, hémiplégie du côté gauche; réponses lentes et peu suivies (Jul., éther. orang. vesicat. nuq.).

Le 13 (tart. stib., gr. iv., orang.), plusieurs selles dans la journée.

Le 14, assoupissement plus fort qu'à l'ordinaire, diminution des forces, assez bon appétit. (Jul. éther., orang., vésicat. jamb.)

Les 15 et 16, les forces baissent, perte de l'appétit. (Même prescript.)

Le 17, mort après une agonie courte et paisible.

Ouverture du cadavre. Habitude extérieure. Rien de remarquable.

Crâne. Le corps strié droit présentait, dans ses

deux tiers antérieurs, une espèce d'érosion d'un pouce environ de surface, d'une demi-ligne d'épaisseur, qui, depuis la partie interne, s'étendait jusqu'au lieu de sa réunion avec le corps calleux. Toute sa masse, excepté dans une ligne ou deux d'épaisseur, du côté du ventricule, était molle, *grisâtre*, avait entièrement perdu sa disposition en stries, et s'enlevait en ratissant avec le manche du scalpel, comme une espèce de pulpe. Tout autour de cette désorganisation, dans une étendue de cinq ou six lignes, la portion de l'hémisphère continue était légèrement jaune, au moins aussi molle, et ne ressemblait plus à la substance médullaire dans son état d'intégrité. Le reste de la masse encéphalique était parfaitement sain et d'une assez grande fermeté. Je n'ai pu trouver, ni dans les nerfs optiques, ni dans leurs couches, rien qui expliquât la cécité de l'œil droit. Les ventricules latéraux contenaient un peu de sérosité ; rien n'indiquait qu'il y eût eu un épanchement de sang dans l'une ou l'autre de ces cavités.

Poitrine et abdomen. Les organes de ces cavités n'offraient aucune altération. »

§. I. M. Rochoux, en observateur scrupuleux, a eu soin d'avertir, dans une note, que les détails historiques lui avaient été transmis par la malade elle-même, à une époque où ses idées n'étaient rien moins que suivies, et qu'il n'oserait en garantir l'exactitude. D'après cet avertissement important, il est impossible d'affirmer que cette maladie n'a présenté

dans son cours aucun symptôme qui aurait pu la faire distinguer d'une hémorrhagie cérébrale.

Ici, comme dans plusieurs des observations précédentes, le corps strié était *grisâtre*, et la substance blanche de l'hémisphère du même côté était légèrement jaune.

N° 16.

50 ans ; le deuxième jour, paralysie *des deux côtés*, avec flaccidité des membres, contraction de la pupille. Mort le troisième. — *Injection considérable des vaisseaux des méninges, ramollissement grisâtre de la surface* des deux hémisphères, *espèce de putrilage, épanchement de quelques gouttes de sang.* (Bricheteau, Journal complém. du Dictionnaire des Sciences médicales, 4e cahier, 1818, page 303.)

« Un homme, âgé d'environ cinquante ans, d'une constitution robuste, ayant une poitrine large et le cou très court, était plongé dans l'assoupissement depuis deux jours, lorsqu'on l'apporta à l'Hôtel-Dieu, le 12 avril 1816 au soir. Voici son état : coma profond, face rouge, injectée, lèvres violettes, paupières fermées et paralysées ; *pupilles contractées*, immobiles à l'aspect d'une bougie allumée ; pouls lent, petit et dur ; respiration lente et stertoreuse, membres paralysés, cédant à leur propre poids, sensations nulles, etc.

« Nous lui fîmes deux saignées, à une heure d'intervalle ; le sang coulait avec beaucoup de peine, et se coagulait sur le bras au sortir du vaisseau. A chaque saignée, les pupilles recouvrèrent une partie

de leur mobilité, et le malade exécuta *quelques légers mouvemens.* On appliqua ensuite des sinapismes aux pieds; on administra en même temps un lavement avec le vin émétique trouble. Le 13 au matin, mort.

« *Ouverture du cadavre.* La pie-mère et l'arachnoïde étaient fortement injectées; la dernière paraissait plus épaisse et plus résistante que dans l'état naturel. En plusieurs endroits, le cerveau était le siége d'un ramollissement très remarquable, et seulement développé dans la substance *corticale;* plusieurs de ces points désorganisés renfermaient une bouillie *grisâtre*, sans aucune trace de congestion sanguine; dans plusieurs autres, au contraire, on trouvait une substance *sanieuse* et comme réduite en *putrilage*, parsemée de *quelques gouttes de sang.* Ces désorganisations étaient très étendues, et répandues irrégulièrement sur toute la substance corticale du cerveau. »

§. I. M. Bricheteau a eu soin de noter l'absence complète de contraction dans les membres. Ainsi cette paralysie ressemblait tout-à-fait à celle qui est produite par une hémorrhagie cérébrale. Cependant il faut faire attention qu'on n'apporta le malade à l'hôpital que deux jours après l'accident, et que les symptômes distinctifs du ramollissement disparaissent quelquefois très promptement (*Voyez* l'Observation n° 4), surtout quand le désordre est considérable, comme dans le cas présent; qu'ils sont quelquefois intermittens (*Voyez* l'Observation n° 14).

Ainsi il est possible qu'ils aient cessé avant l'entrée du malade à l'hôpital, ou ne se soient montrés qu'en l'absence du médecin, et qu'ils n'aient pas été remarqués par les infirmiers.

Les pupilles étaient habituellement contractées; ce qui est le contraire de ce qu'on observe dans les épanchemens sanguins, et annonce une augmentation de sensibilité de la rétine. La paralysie existait des deux côtés; ce qui est très rare dans les apoplexies, et très commun dans les ramollissemens. Il n'est donc pas démontré qu'il eût été impossible de distinguer pendant la vie cette affection d'une hémorrhagie cérébrale; et remarquez que c'était déjà un commencement d'hémorrhagie, puisqu'il y avait quelques gouttes de sang épanché. Les expressions de *putrilage*, de *matière sanieuse*, dont se sert l'auteur, doivent vous rappeler celles de Morgagni, *apostema sui generis*, et celles d'Avicenne, *apoplexia a repletione apostemante*. (*Voy.* aussi les Obs. 2 et 3 de M. Dan de La Vauterie.) Elles font naître à l'esprit les mêmes idées. C'était encore dans la substance grise que l'altération avait son siége.

N° 17.

34 ans; douleurs de tête, paralysie de tous les membres, avec résolution, diminution de la sensibilité, renversement de la tête en arrière, strabisme. Mort au bout d'un jour et demi. — *Ramollissement de la protubérance annulaire, blanche en dessus, grisâtre en dessous.* (Bricheteau, Journal complém. du Dictionn. des Sciences médicales, 4e cahier, 1818, page 304.)

Une femme, âgée de 34 ans, jouissait depuis quelque temps d'une santé précaire, et se plaignait de douleurs vagues dans la tête, etc. Le 21 mars 1816, vers minuit, elle perd tout à coup connaissance, l'usage des sens et celui de la parole; elle reste dans cet état jusqu'au lendemain, où elle fut conduite à l'Hôtel-Dieu; elle était alors dans un profond assoupissement, la *tête renversée en arrière*, les yeux fixes et *strabites*, les pupilles *contractées et immobiles* à l'aspect d'une bougie allumée; les membres paralysés cédaient à leur propre poids : sensations presque nulles, sensibilité *très émoussée*, cris plaintifs, respiration lente et stertoreuse, la chaleur et le pouls étaient comme dans l'état naturel.

On lui applique des sinapismes. Le 23, même état. (4 grains d'émét. à l'intérieur, sinap. aux genoux.) Le soir, accroissement dans les symptômes : vésicatoire à la nuque. Mort la nuit suivante.

A l'ouverture du cadavre, le cerveau proprement dit n'offrait aucune altération; il n'y avait que très peu d'eau dans les ventricules latéraux; mais la protubérance cérébrale était profondément altérée dans sa substance, qui se trouvait réduite en une sorte de bouillie blanche à la partie supérieure, et *grisâtre* inférieurement. Le cervelet ne présentait aucune altération.

§. I. La pluplart des réflexions que nous avons faites sur l'observation précédente, sont applicables à celle-ci; j'ajouterai de plus que la paralysie avait été

précédée de céphalalgie, que la tête était renversée en arrière : ce qui ne pouvait tenir qu'à un état convulsif des muscles de la partie postérieure du cou (*Voy*. Obs. n° 12); que le strabisme ne se remarque pas ordinairement dans les hémorrhagies cérébrales. Ces symptômes seuls auraient donc pu faire soupçonner la nature de la maladie, et cette observation n'est pas si obscure que le pense l'auteur lui-même.

§. II. Ici, il y avait paralysie des deux côtés du corps, quoiqu'il n'y eût qu'un seul point de l'encéphale malade; mais ce point était précisément celui où se trouvent rapprochées toutes les fibres qui font communiquer le cerveau avec la moelle.

§. III. Le ramollissement était coloré précisément dans l'endroit de la protubérance qui contient le plus de substance grise et de vaisseaux. (C'est par la surface inférieure que pénètrent dans la protubérance annulaire les vaisseaux nombreux que lui fournit l'artère basilaire.)

A ces observations j'en joindrai quelques autres puisées dans Morgagni; vous jugerez jusqu'à quel point elles ressemblent à celles que nous avons examinées jusqu'à présent, et quel degré de confiance vous pouvez leur accorder.

N° 18.

Age très avancé, maux de tête, paralysie d'abord du côté *droit*, et bientôt générale. Mort prompte. — *Rupture du septum lucidum, hémisphère* droit *coloré en brun*. (Morgagni, Epistol. 5, n° 15.)

« Un vieillard qui avait des ulcères aux jambes, fut pris tout à coup de douleurs de tête : comme il semblait être menacé d'une maladie grave du cerveau, on lui pratiqua dans la matinée même une saignée; cependant, vingt heures après, il eut une apoplexie avec paralysie des membres du côté *droit*, qui fut bientôt presque générale, et la mort survint peu de jours après. L'artère basilaire et les artères du corps calleux étaient gonflées par du sang; les ventricules latéraux contenaient de la sérosité en assez grande quantité; les plexus choroïdes paraissaient pâles; le *septum lucidum* était rompu antérieurement; mais ce qui surtout devint fort remarquable, c'est que toute la substance médullaire de l'hémisphère droit offrait une teinte *très brune* : il n'en était pas de même à gauche. »

§. I. Ici il n'est pas question de roideur des membres, de convulsions, etc.; mais la paralysie a été précédée de maux de tête et de signes d'affection cérébrale. Il n'est pas dit que la substance du cerveau fût ramollie; mais le *septum lucidum* était déchiré, et le cerveau *très brun*. La mort a été fort prompte. Si quelques symptômes manquent, le reste est conforme avec ce que nous avons vu jusqu'à présent. D'ailleurs, Morgagni n'a pas observé le malade, il n'a pas même assisté à l'examen du corps; il rapporte le fait sur le simple récit de Nicolas Mediavia son élève, comme il le dit (n° 14). Il est probable que si cette observation eût été recueillie par Morgagni lui-même, nous y aurions retrouvé les mêmes symptômes et la même altération morbide que dans

les autres. Il faut remarquer que, selon Mediavia, l'altération se trouvait du côté de la paralysie; aussi Morgagni dit-il, en finissant : *Sed ad minus obscura veniamus.* Il n'est donc pas possible de tirer de conclusions rigoureuses de cette observation; elle rappelle toutefois à Morgagni celle de Ferrarinius, prêtre de Vérone, dont il a parlé, dans sa lettre 4, n° 21, à laquelle il renvoie.

En voici les principales circonstances :

N° 19.

43 ans; face colorée, chagrins, irascibilité, mort subite, roideur des bras. — *Substance cérébrale brune et injectée.* (Morgagni, Epist. 4, n° 21.)

Un prêtre, âgé de 43 ans, à face très rubiconde, d'une constitution grêle, quoique joyeux en apparence, était tourmenté par des chagrins qu'il dissimulait. Irascible et inquiet, il avait été jugé phthisique à Venise. Dix ans auparavant, il avait été affecté d'hémicranie à Padoue. Il se plaignit, à son chirurgien, de quelque incommodité, soupa cependant gaîment avec ses hôtes, but et mangea comme à l'ordinaire; le lendemain matin, il fut trouvé mort dans son lit, dans l'attitude d'un homme qui dort, sans écume à la bouche, mais les bras tellement roides, qu'on ne pouvait les écarter sans employer de la force. La face, le col, le dos et les côtés étaient d'un rouge livide. Pendant la section du crâne, il s'écoula du sang de couleur sale; la dure-mère,

vers la suture sagittale, était noire par l'injection des vaisseaux ; il y avait du sang dans le sinus de la faux, les vaisseaux de l'arachnoïde, ceux des parois des ventricules étaient gorgés de sang. La substance médullaire du cerveau était un peu brune, ses vaisseaux sanguins semblaient çà et là injectés, il y avait passablement de sérosité dans les ventricules et beaucoup dans le canal vertébral.

§. I. Ici il n'était pas possible d'avoir aucun renseignement sur les symptômes qui avaient précédé la mort, et cependant Morgagni, frappé de la rigidité des bras, ne doute pas qu'elle n'ait été accompagnée de convulsions, seulement il les attribue à la présence de la sérosité. Cette observation s'accorde donc très bien, par ses principales circonstances, avec celles, plus détaillées, que nous avons examinées avec soin, et les obscurités qu'elle offre se trouvent dissipées par les détails dans lesquels nous sommes entrés.

N° 20.

Age très avancé, paralysie incomplète, marche graduée. — *Ramollissement de la surface du cerveau vers le sommet de la tête.* (Morgagni, Epist. 57, n° 15.)

Enfin, Morgagni rapporte avoir trouvé chez une vieille femme, morte après une paralysie incomplète (elle avait conservé la sensibilité et un peu de mouvement) qui avait duré trois mois, et avait fini par l'aphonie et la stupeur; avoir trouvé, dis-je, la

substance cérébrale *sanguinolente*, d'un *brun sale*, d'une mollesse presque *diffluente*; vers le *sommet* de la tête, dans une étendue de trois ou quatre travers de doigt d'avant en arrière et de droite à gauche, et d'un travers de doigt en profondeur.

§. I. Il n'y a point de doutes à avoir sur la nature de l'altération; mais rien n'est plus vague, plus laconique que la description des symptômes, parce que Morgagni n'a vu la malade que peu de temps avant la mort. On ne peut donc en tirer aucune conséquence rigoureuse : il paraît toutefois que la marche de la maladie a été excessivement lente et progressive. Notez aussi qu'elle avait son siége dans la substance grise, et que la malade était fort âgée.

N° 21.

Épilepsie; après un accès violent qui dure plusieurs jours, mort. — *Ramollissement d'un brun noirâtre des deux couches des nerfs optiques.*

Voyez encore dans Morgagni (Epistol. IX, n° 18) l'histoire fort incomplète d'un homme « de petite stature, d'une constitution grêle, sujet à des accès d'épilepsie, dont un plus violent le fit périr en peu de jours.... »

A la partie postérieure de chacune des deux couches des nerfs optiques, une couleur brune noirâtre fit soupçonner une altération de la substance cérébrale, et plus elle était imprégnée de cette couleur, qui

s'étendait profondément dans son épaisseur, plus elle était molle et comme *à moitié corrompue.*

§. I. Malgré le peu de précision et le défeut de développement de ces détails, il n'est pas possible de méconnaître l'identité de cette altération avec toutes celles dont nous avons parlé ; elle avait, comme tant d'autres, son siége dans les couches optiques, était d'un brun noirâtre, etc. L'expression de demi-corrompue, dont Morgagni se sert pour peindre l'état de la substance cérébrale ramollie, ne vous aura pas échappé après les réflexions que j'ai eu souvent occasion de faire à ce sujet. Les symptômes ne sont pas moins remarquables ; il est seulement à regretter qu'il n'ait pas décrit avec plus de soin cet accès *d'épilepsie qui dura plusieurs jours.* Toutefois, par épilepsie, il laisse assez entendre que les symptômes spasmodiques occupaient les deux côtés du corps, d'autant plus qu'il ne parle pas spécialement de l'un ou de l'autre ; et en effet, les deux couches des nerfs optiques étaient également affectées.

§. II. Parmi les faits que je viens de rapporter, les uns sont restés incomplets par des circonstances indépendantes de l'observateur, les autres manquent des détails les plus importans : en sorte qu'examinés seuls, ils ne peuvent conduire à aucune conséquence générale. J'ai dû cependant vous les faire connaître, pour que vous puissiez les apprécier à leur juste valeur, et vous convaincre que loin d'être en opposition avec ceux que nous avons rapportés, ils les confirment, ou plutôt, que commentés

par ces derniers, ils s'expliquent naturellement. Ils vous donneront aussi une idée des progrès qu'a faits depuis cette époque l'art d'observer et de décrire les maladies (et l'on peut citer Morgagni comme un modèle d'exactitude). Enfin elles vous prouveront combien l'étude des maladies, de celle du cerveau en particulier, exige de patience et d'attention, combien sont quelquefois importans des détails en apparence minutieux; le peu de fruit qu'on peut retirer d'une observation tronquée, je dirai même les inconvéniens qu'elle peut avoir par les fausses conséquences auxquelles elle peut conduire, et le parti qu'on peut tirer au contraire d'un seul fait bien observé. C'est ici le cas de répéter cette sage réflexion de Morgagni lui-même : *perpendendæ non numerandæ observationes.*

N° 22.

Jetons maintenant un coup d'œil général sur ces observations : vous avez sans doute remarqué que, dans toutes, le ramollissement du cerveau était accompagné *d'une injection vasculaire très prononcée, d'infiltration et même d'épanchement de sang*, ou d'une *coloration particulière.*

§. I. Si vous suivez, à l'aide des faits, les différens degrés d'injection sanguine de la substance nerveuse, en partant de la simple distension des vaisseaux, vous arriverez à l'épanchement apoplec-

tique par des transitions tellement insensibles, qu'il vous sera impossible de trouver une ligne de démarcation à laquelle vous puissiez vous arrêter.

§. II. Le premier degré d'injection sanguine est celui que nous avons rencontré dans les portions de cerveau non ramollies et dans les membranes. On l'observe quelquefois, comme nous le verrons en parlant de l'apoplexie, seul, sans aucune autre altération du cerveau ; elle est alors générale, uniforme, et peut être portée assez loin pour causer la mort. Quand on coupe alors le cerveau par tranches, on voit suinter de sa surface une foule de gouttelettes de sang qui se reproduisent quand on les essuie, et donnent à la substance blanche une teinte rosée, comme si on avait étendu sur du papier du sable rouge. Dans les cas de ramollissement avec infiltration ou épanchement de sang, la partie saine du cerveau est d'autant plus injectée qu'on s'approche davantage du foyer de la maladie.

Dans l'observation n° 3, la portion du cerveau ramollie était, dans quelques points, *d'une couleur rosée ;* dans d'autres, *d'une teinte plus foncée ;* dans deux autres, n°s 2 et 9, elle était d'un rouge *amaranthe* et réduite en putrilage ; dans un autre, n° 5, elle était d'un *rouge foncé ;* dans celle que nous avons rapportée n° 6, elle était d'un rouge *violet* ou *lie de vin ;* dans une autre, n° 12, le sang était *infiltré,* comme *combiné* avec la substance cérébrale; mais pas encore épanché, réuni en caillot. Dans deux autres, l'altération était si équivoque,

que je n'ai pu prononcer si le sang, qui formait au milieu du ramollissement une espèce de caillot, était réellement épanché, ou seulement infiltré dans la substance cérébrale. Dans les Observations 7 et 11, il existait dans la portion du cerveau ramollie, pénétrée de sang, plusieurs petits épanchemens isolés. Enfin, dans un grand nombre d'autres qui trouveront leur place ailleurs, vous verrez un caillot, plus ou moins considérable, entouré d'une altération du cerveau semblable à celle dont nous venons de parler. Remarquez que, dès le moment où nous avons trouvé une injection considérable, elle était en même temps circonscrite, la substance cérébrale était altérée, les vaisseaux n'étaient plus distincts, la couleur étoit homogène, comme si la partie affectée eût macéré dans du sang. Ainsi, sous le rapport de l'aspect que présente l'altération organique, l'espèce de ramollissement dont nons parlons se lie déjà d'une manière intime aux hémorrhagies cérébrales.

§. III. Le siége de la maladie n'est pas moins digne de notre attention; sur vingt-une Observations que nous avons rapportées, il y en a deux de Morgagni, où il n'est pas déterminé (n°s 18 et 19), une où il n'est qu'indiqué d'une manière vague (n° 9), quoiqu'il soit très probable que c'était ou la couche des nerfs optiques, ou le corps strié gauche. Nous l'avons trouvé cinq fois dans le corps strié, dont quatre à droite (n°s 4, 6, 14 et 15), et l'autre à gauche (n° 12); trois fois dans la couche des nerfs optiques, dont une à droite

(n° 13), une à gauche (n° 1), et une des deux côtés à la fois (n° 21). Dans sept observations, c'était la surface des circonvolutions qui était affectée; quatre fois à gauche (n°s 3, 7, 8 et 11), et trois fois des deux côtés (n°s 5, 16 et 20); dans une c'était la protubérance annulaire (n° 17), dans une autre enfin le milieu de l'hémisphère droit. Vous voyez donc que dans la moitié de ces observations, l'espèce de ramollissement qui nous occupe avait précisément son siége dans la partie du cerveau, où, suivant la remarque de Morgagni, si souvent vérifiée depuis, on rencontre le plus ordinairement les épanchemens sanguins; ce qui est un point de contact de plus entre ces deux maladies.

Dans les autres, excepté une seule (n° 2), l'altération occupait la substance grise du cerveau; et comme le corps strié et la couche des nerfs optiques sont également composés, en grande partie, de substance grise, il en résulte que dans tous ces cas, moins un, c'était la substance grise qui était malade. Cette remarque est importante sous plusieurs rapports.

§. IV. La substance grise du cerveau est celle qui reçoit le plus grand nombre de vaisseaux et les plus volumineux; c'est dans son épaisseur qu'ils se ramifient avant de pénétrer dans la substance blanche.

L'artère cérébrale antérieure envoie au fond de la scissure de Sylvius plusieurs gros rameaux qui se logent dans les sillons des circonvolutions ; de ces rameaux, partent une foule de ramuscules qui

s'enfoncent directement dans la substance cérébrale, pénètrent de devant en arrière, et un peu de bas en haut, jusqu'au corps strié et à la couche des optiques, sans fournir presque aucune ramification; en sorte qu'en enlevant les rameaux qui les fournissent, on retire du cerveau une espèce de chevelure très longue et très épaisse. Quand on a préalablement distendu ces vaisseaux par une injection solide, et qu'on coupe en différens sens le corps strié et la coupe des nerfs optiques, on les y retrouve presque aussi gros qu'à leur origine, et quelquefois plus volumineux que ceux qui se ramifient dans la pie-mère et le plexus choroïde. C'est sans contredit la seule partie de la substance cérébrale où l'on rencontre des vaisseaux d'un calibre aussi considérable. Cette disposition anatomique n'avait pas échappé au génie observateur de Morgagni; mais il ne l'a, pour ainsi dire, qu'indiquée en passant, et la plupart de ceux qui ont écrit après lui n'y ont attaché que peu d'importance. La substance grise des circonvolutions reçoit les premières ramifications des artères que le réseau de la pie-mère envoie dans la substance blanche, à laquelle elles n'arrivent que ramifiées et subdivisées. Il est facile de s'assurer de cette distribution en enlevant lentement les artères de la surface du cerveau, surtout si elles sont injectées. Enfin, l'artère basilaire envoie de chaque côté un grand nombre de ramuscules qui se recourbent et pénètrent directement de bas en haut dans la protubérance annulaire. Ce rapprochement remar-

quable entre la distribution anatomique des artères dans la substance grise et le résultat de l'observation pathologique, vous conduira sans doute à cette conclusion, que les parties du cerveau qui reçoivent les artères les plus nombreuses et les plus volumineuses sont les plus exposées aux congestions sanguines, et par suite aux hémorrhagies et aux inflammations.

§. V. Vous avez peut-être été surpris de voir au commencement de ces réflexions, que je parlais de l'injection vasculaire, de l'infiltration sanguine du cerveau désorganisé, et de sa coloration particulière, comme de deux choses distinctes : c'est qu'en effet cette couleur particulière ne tient pas uniquement à la présence du sang. Morgagni, qu'il faut toujours citer en fait d'exactitude, dit, dans sa Lettre 4[e], n° 21, en décrivant l'autopsie du prêtre de Vérone, Ferrarinius (*Voyez* n° 19) : « A quoi tenait cette couleur brune de la substance cérébrale ? J'aurais cru qu'elle tenait à la quantité du sang (car on voyait çà et là de petits vaisseaux apparens), si je n'avais vu ces vaisseaux plus nombreux et cette quantité de sang plus considérable, dans des cas où la substance médullaire était restée blanche; » et dans le paragraphe suivant il ajoute : « *Quidquid illud erat quod inter fibras cerebri passim depositum eam substantiam infuscabat*, etc. » Il fait à peu près les mêmes réflexions, dans sa Lettre 5, n° 16, à l'occasion d'une coloration semblable trouvée chez ce vieillard dont Mediavia

lui avait raconté l'histoire. (*Voyez* Observation 18.)

La remarque de Morgagni est très exacte, puisque l'injection sanguine, comme vous avez pu le remarquer, n'est pas toujours en rapport avec les nuances plus ou moins foncées de la coloration; d'ailleurs les différentes teintes que pourraient former des quantités de sang variées, n'expliqueraient pas encore la couleur grise ou grisâtre du corps strié (n°s 14 et 15) de la surface du cerveau (n° 16), de la protubérance annulaire (n° 17); la couleur brune ou brunâtre de la couche optique (n°s 1 et 13, *voyez* aussi n°s 18 et 19), de la surface des circonvolutions (n° 20) brune noirâtre, des deux couches optiques (n° 21) lie de vin du corps strié (n° 6). Elle ne nous expliquerait pas pourquoi, dans la troisième observation, la surface du cerveau était rouge dans certains points, et brune dans d'autres; pourquoi, dans la seconde observation, la maladie ayant son siége au milieu de l'hémisphère droit, c'est-à-dire dans la substance blanche, le cerveau, quoique très injecté, était d'un rouge amaranthe, et non pas gris ou brun, etc. D'après cette simple récapitulation, avec indication du siége de la maladie, vous aurez déjà conclu que cette couleur particulière et ses différentes nuances tenaient à la combinaison en différentes proportions du sang et de la substance grise; et ce qui le prouve encore davantage, c'est que, dans les cas où nous avons vu la substance grise et la substance blanche également ramollies dans le même cerveau, cette dernière ne participait

en rien à la coloration de la substance grise. Par exemple, dans l'Observation n° 7, le centre ovale de Vieussens ramolli, ainsi que la surface des circonvolutions, était seulement *jaunâtre*. Dans l'Observation n° 6, le corps strié désorganisé était de couleur *lie de vin*, et la substance blanche environnante, comme diffluente, *n'avait pas changé de couleur*. Vous retrouverez exactement les mêmes circonstances dans l'Observation n° 12. Dans l'Observation n° 14, le corps strié était d'un *gris foncé* au centre, d'un *jaune verdâtre* à la circonférence. Dans l'Observation n° 15, de M. Rochoux, le corps strié était *grisâtre, la portion de l'hémisphère continue était legèrement jaune, au moins aussi molle, etc.* Voyez aussi l'Observation 11, dans laquelle la paroi postérieure du ventricule était détruite comme par suppuration, sans *coloration particulière*; et l'Observation 17, dans laquelle le ramollissement de la protubérance annulaire était grisâtre en dessous et blanc en dessus.

Je crois que vous ne pourrez pas maintenant conserver le moindre doute sur la cause de cette coloration particulière du cerveau. Si Morgagni ne l'a pas trouvée, c'est parce qu'il n'a pu comparer entre elles un assez grand nombre d'observations, et surtout parce que dans la plupart (*Voyez* 18, 19 et 20) le siége de la maladie n'est déterminé que d'une manière vague. Ce n'est que par une attention minutieuse dans l'observation des faits, par une exactitude rigoureuse dans leur exposition

qu'on peut espérer d'arriver à quelque résultat positif.

§. VI. En résumé : 1°. la différence de couleur que présentent les différens ramollissemens du cerveau, quoique souvent très grande, ne doit pas les faire regarder comme des maladies distinctes. 2°. La substance grise, qui reçoit beaucoup de vaisseaux et les plus volumineux, a une disposition particulière au ramollissement avec injection vasculaire, infiltration ou épanchement de sang ; tandis que la même altération de la substance blanche qui en reçoit peu et de très déliés, est très rarement accompagnée d'injection remarquable (nous n'en avons qu'un exemple, n° 2), mais est au contraire pâle, jaune citrine, verdâtre, etc. 3°. La couleur grise, brune, noirâtre, etc., dépend moins encore de l'injection vasculaire que du mélange du sang avec la substance grise, et ne s'observe pas dans la substance blanche.

§. VII. Quelle est la nature de cette altération ? Si vous avez lu avez attention les observations que je vous ai rapportées et les réflexions qui les accompagnent, vous devez être convaincu qu'elle dépend d'une inflammation du cerveau ; mais comme ce point de doctrine est des plus importans, comme cette opinion est en opposition avec celle de plusieurs médecins distingués, parmi lesquels je citerai M. Récamier (1), je ne crains pas de vous rappeler encore

(1) Cet habile praticien, qui s'est spécialement occupé des

des considérations sur lesquelles j'ai déjà si souvent arrêté votre attention.

§. VIII. Morgagni, dans l'observation de Jacoba Zanardi, dit, en parlant de la portion de cerveau ramollie, qu'à cela près de la mauvaise odeur qui lui manquait, on aurait dit qu'elle était entièrement pourrie; et vous savez qu'il regarde cette altération comme une espèce d'abcès, *aposthema sui generis* (*Voy.* n° 1). M. Dan de La Vauterie rapporte toutes ses observations comme autant d'exemples d'inflammation du cerveau, ainsi que l'indique le titre de sa thèse (*Voy.* n° 2). Dans les Observations 2 et 3, il dit que la substance cérébrale était réduite en *putrilage*. M. Bricheteau se sert également des expressions de *putrilage*, de *matière sanieuse*, pour exprimer la même altération (n° 16), et il n'est pas éloigné de croire *qu'un jour on puisse établir une identité parfaite entre l'affection dont il s'agit et la céphalite.* (Journal complém. du Dict. des sc. méd., octobre 1818, p. 306.)

§. IX. Dans une autre observation de M. Dan de La Vauterie (n° 9), une altération semblable, accompagnée des mêmes symptômes, a été produite par un coup de pierre à la tempe, ce qui ne laisse

---

maladies du cerveau, regarde le ramollissement de cet organe comme l'effet d'une fièvre nerveuse, ataxique, pernicieuse ou maligne, qui porte son action sur le système nerveux. Aussi l'appelle-t-il ordinairement, dans ses leçons de clinique, ramollissement ou dégénérescence ataxique, foyer ataxique.

aucune espèce de doute sur la cause et la nature de la maladie. L'auteur dit que le cerveau était comme *contus*, probablement à cause du coup qu'avait reçu le malade. En lisant les auteurs de chirurgie, vous serez frappé de la ressemblance parfaite qui existe entre l'altération qu'ils désignent sous le nom de contusion du cerveau, et l'espèce de ramollissement qui nous occupe. S'ils l'ont distinguée par cette expression, des autres inflammations du cerveau, s'ils l'ont regardée comme le résultat d'une attrition mécanique, cela tient uniquement à ce qu'ils ne l'ont observée qu'à la suite des percussions du crâne ; mais, comme vous venez de le voir, la maladie offre absolument le même aspect, est accompagnée des mêmes symptômes, lorsqu'elle est survenue spontanément. Quand la mort arrive par l'effet des premiers accidens qui suivent une violente percussion du crâne, ou l'on trouve des épanchemens sanguins, ou l'on ne rencontre aucune altération remarquable. Bien entendu que je ne parle pas des cas d'enfoncement du crâne, dans la substance cérébrale ; encore quand la mort est subite, on ne trouve rien qui ressemble au ramollissement avec injection, décrit sous le nom de contusion du cerveau. Ce n'est qu'au bout de quelques jours, et quelquefois fort long-temps après que les accidens primitifs ont disparu, que commencent à se manifester les premiers symptômes d'inflammation du cerveau ; c'est à cette époque, si le malade succombe, qu'on rencontre une portion du cerveau comme

ecchymosée, réduite en une espèce de bouillie, de putrilage, avec engorgement des vaisseaux, infiltration de sang. Plus tard, quand le malade a résisté aux accidens consécutifs, le cerveau, également ramolli, est décoloré dans une étendue variable, contient du pus infiltré, réuni en foyers d'autant plus considérables que la maladie a duré plus long-temps. Enfin, quand la marche de l'inflammation a été encore plus lente, et que le malade a continué de vivre pendant un an par exemple, on trouve après la mort de vastes foyers purulens et enkystés. Il ne faut donc pas regarder l'altération qu'on est convenu d'appeler contusion du cerveau, comme le résultat passif d'une action mécanique semblable à celle qui produit, dans les mêmes circonstances, un épanchement sanguin dans l'intérieur du crâne, ou une ecchymose des parties molles, mais comme le résultat de l'inflammation qui succède à l'ébranlement du cerveau; inflammation qui détermine la mort dans sa première période, c'est-à-dire, avant que du pus ait eu le temps de se former. C'est, au reste, ce que les faits vous démontreront à mesure que nous avancerons. (1)

C'est ce que prouve, par exemple, d'une manière fort claire l'Observation 5, du docteur Abercrombie,

---

(1) J'aurais pu en rapporter un grand nombre; mais les inflammations du cerveau produites par cause externe, étant presque toujours accompagnées d'inflammations de l'arachnoïde, les symptômes et la marche de la maladie prennent un aspect particulier. C'est pourquoi je n'ai cité que le moins que j'ai pu d'exemples de cette complication que j'examinerai à part.

ayant pour titre *Mort arrivée pendant la période inflammatoire*, et dans laquelle l'altération était parfaitement semblable à celle qui est décrite dans l'Observation ci-dessus, quoique la maladie soit survenue spontanément.

§. X. Mais poursuivons notre examen. Pour vous prouver que le ramollissement qui entourait le caillot, dans les Observ. 7 et 8, était l'effet d'une inflammation, je vous ai fait remarquer dans celle de M. Dan de La Vauterie (n° 10), la même affection accompagnée des mêmes symptômes, et à l'ouverture du corps il existait du pus autour du caillot ; aussi la mort n'est-elle survenue que deux mois après l'invasion de la maladie. Dans l'Observation 15, M. Rochoux, sans avoir l'idée d'une inflammation, parle cependant d'une érosion du corps strié qu'on ne peut guère attribuer qu'à cette cause. Enfin, parmi les observations qui me sont propres, il en est qui nous montrent l'affection de la substance cérébrale elle-même, précédée d'arachnitis chronique (n°s 7 et 8) ; dans d'autres, elle a été accompagnée d'inflammation aiguë de l'arachnoïde (n°s 12, 13 et 14).

§. XI. Ces différens rapprochemens doivent vous conduire à regarder le ramollissement avec injection vasculaire, etc., comme une véritable inflammation partielle du cerveau, observée dans sa première période ; et, ce qui ne laisse aucun doute à cet égard, c'est la promptitude de la mort dans tous ces cas, excepté celui où l'on a rencontré du pus (n° 10), et que j'ai rapporté exprès. Ce n'est pas sans raison

que j'ai insisté sur cette circonstance, toutes les fois que l'exactitude de l'observateur me l'a permis; elle prouve en effet, non pas que cette inflammation soit essentiellement plus grave par sa nature, plus promptement mortelle, que celle à la suite de laquelle on a trouvé du pus, mais seulement que la mort est arrivée avant que le pus ait eu le temps de se former.

§. XII. Si nous cherchons à nous éclairer par la voie des analogies, nous voyons que l'inflammation phlegmoneuse suit exactement la même marche dans tous les tissus : le sang afflue vers la partie irritée d'après cette loi éternelle de la nature vivante : *Ubi stimulus, ibi fluxus* (1). Les vaisseaux sont d'abord engorgés, le tissu cellulaire comme infiltré de sang, est rouge, brun ou violet. Cet état se dissipe peu à peu, à mesure que le pus remplace le sang, ou que la résolution s'opère.

---

(1) En anatomie pathologique, ne pourrait-on pas dire avec autant de vérité, quand on trouve dans un organe des traces non équivoques de congestion : *ubi fluxus, ibi stimulus?* Si la première sentence est vraie, la seconde, qui n'en est que la conséquence, doit l'être également : bien entendu qu'il ne faut pas confondre cette injection vasculaire produite par une concentration active des fluides vers une partie, avec la distension passive de ces mêmes vaisseaux par une cause toute physique, tel qu'un obstacle mécanique à la circulation, comme dans les anévrismes du cœur, etc., ou la pesanteur qui produit, après la mort, des engorgemens sanguins dans telle ou telle partie, suivant la position du cadavre. En tenant compte de ces circonstances, il est facile d'éviter l'erreur.

Mais, direz-vous, le propre de toute inflammation phlegmoneuse est de déterminer une augmentation de densité du tissu affecté, et nous avons vu qu'au contraire le tissu du cerveau était ramolli. Ceci mérite une explication.

§. XIII. Quand un phlegmon se développe dans un organe susceptible d'être exploré par le toucher, on trouve qu'en effet, jusqu'au moment où le pus s'est réuni en foyer, la tumeur est dure et rénitente. Mais si la mort survient à cette époque et qu'on examine le tissu des parties enflammées, il est facile de s'assurer qu'il a perdu sa cohésion, qu'il se laisse déchirer avec la plus grande facilité, que le doigt y pénètre sans résistance ; et cela est tellement vrai, que c'est sur cette différence de cohésion du tissu cellulaire, sain ou enflammé, qu'est fondée une des remarques les plus importantes de la chirurgie moderne.

M. Dupuytren est, je crois, le premier qui ait enseigné, dans ses Cours d'anatomie pathologique, que quand on applique une ligature sur une artère, ses tuniques moyenne et interne sont à l'instant divisées pour peu qu'on serre le ruban de fil, quelle que soit sa largeur ; que par conséquent la tunique celluleuse et le tissu cellulaire environnant, s'opposent seuls à la section complète de l'artère. Dans ce cas, les ligatures ne tombent que du dixième au vingtième jour, c'est-à-dire quand l'inflammation a désorganisé le tissu cellulaire. Lorsqu'au contraire la ligature est appliquée sur une artère dont

le tissu cellulaire est enflammé, il se laisse diviser comme du lard par le fil qui le presse; la section est bientôt complète, la ligature tombe au bout de deux ou trois jours au plus tard : de là les hémorragies consécutives, etc. Il est si vrai que c'est l'inflammation qui est la cause de la section des artères par les fils, que les ligatures d'attente, qui ne sont pas serrées, tombent quelquefois avant celles qui le sont.

Cette diminution de cohésion, par suite d'une inflammation aiguë, s'observe également dans les membranes séreuses et muqueuses; mais elle est surtout évidente dans les tissus fibreux, comme les tendons, les aponévroses, etc., à cause de la grande ténacité dont jouissent ces tissus. Il en est de même du tissu musculaire : j'ai eu plusieurs fois occasion d'ouvrir le cadavre d'individus morts avec une inflammation aiguë des muscles abdominaux, psoas et iliaque, triceps crural, etc.; chaque fois j'ai trouvé le tissu musculaire brun, marron ou violet, et réduit en une espèce de sanie presque privée de cohésion. Le tissu du foie enflammé se laisse pénétrer facilement par le doigt et déchirer sans effort; le tissu du poumon ne fait pas exception à la règle; quand on l'examine dans la première période de l'inflammation, on le trouve brunâtre ou couleur lie de vin, gorgé de sang, dépourvu de cohésion, à tel point que les doigts y pénètrent de toutes parts; c'est même à ce caractère seul qu'on peut distinguer l'engorgement sanguin, quelquefois très considérable, qui a

lieu dans les derniers instans de la vie, de celui qui est dû à une inflammation qui n'a duré qu'un jour ou deux. Plus tard, à la vérité, le sang se combine au parenchyme du poumon, de manière à lui donner l'aspect du foie sain ; plus tard enfin le pus remplace le sang, et le poumon a l'apparence d'un foie *gras.* Dans ces deux cas, il est vrai, la pesanteur et par conséquent la densité du poumon sont considérablement augmentées ; mais cela n'empêche pas que la ténacité, que la cohésion de son parenchyme ne soient diminuées ; et en effet, rien de plus facile que de dilacérer avec le bout du doigt un pareil poumon, ce qu'on ne peut pas faire quand son tissu est sain et crépitant ; ici, l'augmentation de densité est d'autant plus remarquable, que le sang ou le pus affaissant les vésicules aériennes, en ont exprimé l'air, ou, en d'autres termes, qu'un corps liquide, plus ou moins dense, a pris la place d'un corps gazeux. Ainsi, l'on peut regarder comme une loi générale, que toute inflammation aiguë détruit ou diminue la cohésion des tissus qu'elle affecte.

§. XIV. Il faut donc considérer comme deux choses bien distinctes, l'augmentation de densité ou dureté, et la diminution de cohésion ou désorganisation qu'on observe simultanément dans les tissus affectés d'inflammation aiguë. Dans un phlegmon commençant il y a endurcissement ; mais dès le moment que les aréoles du tissu cellulaire écartées ou déchirées permettent au pus de se réunir en masse un peu consi-

dérable, il y a fluctuation, par conséquent sensation opposée à celle de dureté. Dans les contusions, si le sang n'est qu'infiltré, il y a ecchymose avec dureté; s'il est épanché, réuni en masse assez considérable, il y a fluctuation : ce qui vous prouve que la sensation de dureté tient, dans ces cas, uniquement à la manière dont les molécules liquides sont retenues dans les mailles du tissu cellulaire; aussi l'augmentation de densité sera d'autant plus remarquable que l'organe enflammé contiendra plus de tissu cellulaire, formant un réseau élastique à mailles serrées, résistantes, propres à retenir les matériaux de la fluxion. Enfin cette différence de densité entre le tissu sain et le tissu malade sera encore d'autant plus frappante qu'il y aura une plus grande différence entre ces nouveaux matériaux et ceux qui remplissaient l'organe dans l'état de santé (exemple, les poumons).

D'un autre côté, la diminution de cohésion aura lieu d'une manière d'autant plus prompte et plus facile, que le tissu affecté sera naturellement moins ferme, moins élastique.

Le cerveau est presque entièrement dépourvu de tissu cellulaire, et c'est celui de tous nos organes qui offre le moins de cohésion entre ses molécules. Donc, il n'y aura pas d'augmentation de densité, faute d'un réseau qui emprisonne, pour ainsi dire, les liquides attirés par l'inflammation; mais cette inflammation achèvera de détruire le peu de cohé-

sion que possédait le cerveau, c'est-à-dire, qu'il sera réduit en une espèce de bouillie sans traces d'organisation.

§. XV. Maintenant que je crois vous avoir démontré, jusqu'à l'évidence, que les ramollissemens avec injection, etc., ne sont autre chose que de véritables inflammations arrêtées par la mort, dans leur première période ou époque d'acuité, de crudité, comme disaient les anciens, comment expliquer leur grande analogie avec l'apoplexie sanguine? Rien de plus simple : qu'est-ce qu'une apoplexie? une congestion cérébrale suivie d'épanchement de sang, une véritable hémorrhagie du cerveau.

§. XVI. Voyons donc ce qui se passe dans les hémorrhagies. L'épistaxis est précédé d'irritation de la membrane muqueuse nasale, de démangeaison, d'éternument, de rougeur plus ou moins vive du bout du nez; et même quand l'hémorrhagie ne doit avoir lieu que par une des narines, l'injection est plus prononcée de ce côté-là que de l'autre. Tout le monde sait que c'est pour avoir fait cette remarque, que Galien porta le fameux pronostic qui lui fit tant d'honneur. Je ne vous parlerai pas des phénomènes qui précèdent ou accompagnent l'écoulement menstruel; ils sont tellement connus, qu'il me suffit de vous rappeler qu'ils annoncent une congestion énergique vers l'utérus. Il arrive quelquefois que l'évacuation menstruelle supprimée, est remplacée par une hémorrhagie périodique, qui a lieu tantôt par le mamelon, tantôt par l'angle interne de l'œil, par l'ombilic, l'extrémité du

doigt auriculaire, ou par tout autre point de la surface de la peau ; dans tous ces cas, l'évacuation sanguine est précédée de démangeaison, de turgescence de la partie ; la peau devient plus sensible, plus rouge, plus chaude, etc., etc. ; et de même qu'une hémorrhagie supprimée est remplacée par une autre, de même rien n'est plus fréquent que les apoplexies qui ont été précédées de la suppression de quelque hémorrhagie. Le flux hémorroïdal, avant de s'établir, est précédé pendant long-temps de congestions sanguines vers l'anus ; ces congestions plus ou moins régulières, plus ou moins rapprochées, s'annoncent d'abord par un prurit, puis sont accompagnées de chaleur, de pesanteur dans les lombes et le bassin, puis enfin de véritable douleur. Par suite de ces congestions répétées, les vaisseaux capillaires se développent ; il se forme des tumeurs hémorroïdales qui, dans le moment de la congestion, deviennent rouges, dures, tendues, chaudes, enfin une évacuation sanguine a lieu. Si quelquefois elle semble arriver tout à coup, c'est que les malades n'ont pas tenu compte des symptômes précurseurs qu'ils ont éprouvés ; mais ils s'en souviennent quand on les met sur la voie. La ressemblance de ces phénomènes précurseurs de l'évacuation hémorroïdale avec les prodromes de l'apoplexie, serait parfaite si après l'hémorrhagie du cerveau les malades pouvaient rendre compte de ce qu'ils ont éprouvé.

Vous voyez que partout où nous pouvons ap-

précier ce qui se passe dans une partie qui va être le siége d'une hémorrhagie, nous observons une congestion sanguine, accompagnée de prurit, d'irritation ou même de douleur, de turgescence ou de tuméfaction, de chaleur et de rougeur; symptômes qui tous ressemblent beaucoup à ceux d'une inflammation commençante; mais poursuivons. L'hémoptysie est précédée de picottemens dans la poitrine, de chaleur intérieure, d'étouffemens avec menace de suffocation, de refroidissement des extrémités, etc. Le plus souvent elle est due à l'irritation produite par la présence des tubercules dans le parenchyme du poumon; c'est à cette irritation qu'il faut attribuer la déviation presque constante des règles chez les femmes phthisiques.

L'hématémèse est précédée de chaleur, de pesanteur à l'épigastre, avec pâleur et refroidissement des extrémités, etc., ce qui annonce une congestion qui se fait de la surface du corps vers l'intérieur. J'ai eu deux fois l'occasion d'examiner l'estomac d'individus morts presque exsangsues, à la suite d'hématémèse, et chaque fois j'ai trouvé, dans l'étendue de trois ou quatre pouces, la membrane muqueuse boursouflée, d'un rouge cramoisi, laissant exsuder du sang par la pression, et si facile à déchirer, qu'au moindre contact elle se détachait par lambeaux. Les vaisseaux n'étaient plus distincts, la rougeur était uniforme comme après une longue macération dans du sang. J'ai vu plusieurs fois la même altération dans la vessie, à la suite d'héma-

turie; seulement, dans un de ces cas que je rapporterai dans la lettre suivante, au lieu d'une seule plaque rouge il y en avait plusieurs plus petites, mais tout-à-fait semblables. Dans ces différens cas, sans les circonstances antécédentes, il eût été bien difficile de distinguer cette altération d'une autre produite par inflammation.

La peau et les membranes muqueuses ne sont pas les seules surfaces par lesquelles s'opèrent des hémorrhagies; il s'en fait quelquefois à la surface des membranes séreuses. Je ne m'y arrêterai pas ici, parce que je serai forcé d'y revenir très au long en parlant des affections de l'arachnoïde. Il suffit pour le moment que nous sachions qu'elles sont accompagnées de symptômes de congestion bien évidente; il est même quelquefois impossible de les distinguer de ceux de l'inflammation autrement que par les effets que produit ensuite l'épanchement du sang. Je dois pourtant vous faire observer, comme une chose remarquable, que les membranes séreuses, qui sont infiniment moins vasculaires que les muqueuses, sont aussi moins sujettes qu'elles aux hémorrhagies, et que l'utérus, la membrane pituitaire et l'extrémité du rectum, sont, de tous les tissus dont nous avons parlé jusqu'à présent, ceux qui reçoivent le plus d'artères. Je vous prie de joindre ces rapprochemens à ceux que je vous ai présentés en parlant de la distribution des vaisseaux du cerveau, §. III.

Les surfaces membraneuses ne sont pas seules ex-

posées aux congestions hémorrhagiques; ce n'est pas toujours par simple exhalation que s'opère l'issue du sang. Ces congestions se font quelquefois brusquement dans des tissus parenchymateux, et peuvent être assez violentes pour déterminer la rupture de quelques vaisseaux; de là infiltration, épanchement de sang dans l'épaisseur des parties. Ce sont ces espèces d'hémorrhagie qui ont le plus d'analogie avec les apoplexies. Les poumons sont assez souvent exposés à ces congestions brusques; mais il n'en résulte que rarement un épanchement de sang dans leur épaisseur, à cause de leur structure celluleuse. Le tissu cellulaire est, comme vous le savez, le plus élastique et le plus résistant de tous nos tissus, c'est pourquoi ces fluxions se terminent plus facilement par inflammation. Je vous ai cependant rapporté un exemple (n° 12) de ces espèces d'apoplexie pulmonaire, d'autant plus remarquable, que l'altération du poumon avait la plus exacte ressemblance avec celle du cerveau, et que l'une et l'autre coïncidaient avec une hypersarcose du cœur. Il se fait quelquefois de ces congestions hémorrhagiques sur les muscles des membres, sur le foie, etc., comme on en trouve des exemples dans les auteurs. J'en ai vu un bien singulier à l'Hôtel-Dieu : pendant un violent accès de colère, le scrotum devint tout à coup du volume de la tête d'un fœtus à terme, d'un rouge violet; une grande quantité de sang s'était épanchée ou infiltrée dans les mailles du tissu cellulaire, comme après une violente contusion. Si ces hémorrhagies sont aussi rares dans

les autres organes parenchymateux, qu'elles sont fréquentes dans le cerveau, cela tient au peu de résistance de son tissu.

§. XVII. Vous voyez par cette revue des hémorrhagies spontanées, que toutes, excepté peut-être les hémorrhagies scorbutiques, sont dues à une congestion sanguine, accompagnée de symptômes locaux et généraux, qui pourraient également annoncer une inflammation commençante; car la congestion hémorrhagique et la congestion inflammatoire ne diffèrent l'une de l'autre, qu'en ce que la première est plus brusque dans son début, moins régulière dans sa marche, et plus prompte dans sa terminaison, tandis que l'autre se développe avec plus de lenteur, de régularité, et persiste avec plus de ténacité, encore existe-t-il entre ces deux états ou ces deux espèces de fluxion, des nuances intermédiaires qui les lient d'une manière intime. Ainsi, par exemple, si une fluxion hémorrhagique habituelle est souvent remplacée par une autre, il arrive plus souvent encore que la suppression de cette hémorrhagie soit la cause première, déterminante d'une fluxion inflammatoire qui s'établit vers un autre organe; et réciproquement il arrive souvent qu'une fluxion inflammatoire, une pneumonie, par exemple, empêche le développement d'une fluxion hémorrhagique périodique, comme les menstrues, les hémorroïdes.

Lorsque la congestion sanguine s'opère sur une surface muqueuse ou cutanée, le sang peut avoir une libre issue au dehors; à mesure qu'il coule

on voit tomber l'état d'éréthisme de l'organe; mais, lorsque cette évacuation n'a pas lieu, ou qu'elle est incomplète, l'irritation continue; la fluxion augmente, change de caractère, et passe à l'état inflammatoire. C'est ainsi, par exemple, qu'un épistaxis qui avorte se termine par un coryza. On voit tous les jours des fluxions hémorroïdales qui, lorsqu'elles ne sont suivies d'aucune évacuation sanguine, se terminent par une véritable inflammation accompagnée de tuméfaction, de tension, de rougeur, de chaleur, de douleurs quelquefois très vives; enfin par des abcès: dans d'autres cas, le premier effet de la fluxion inflammatoire commençante est une exhalation sanguine, qui cesse quand l'inflammation est devenue plus intense, et reparaît quelquefois quand elle diminue. On voit fréquemment des pneumonies aiguës débuter par un crachement de sang abondant qui disparaît du deuxième au quatrième jour, et reparaît quelquefois après la première ou deuxième saignée; mais dans les cas où le sang épanché ne peut avoir d'issue au-dehors, comme dans la cavité des séreuses, l'irritation est loin d'être diminuée par l'évacuation sanguine, puisqu'il s'établit une fausse membrane autour du caillot; fausse membrane qui ne peut être que le produit d'une inflammation. Dans les tissus parenchymateux, la quantité de sang épanché est trop peu considérable pour faire tomber l'éréthisme; sa présence ne peut que faciliter le développement d'une inflammation, et c'est précisément le cas où se trouve le cerveau.

§. XVIII. Après les détails dans lesquels nous sommes entrés, vous devez regarder les conséquences suivantes comme l'expression abrégée des faits et le résumé laconique de nos réflexions.

Fluxion ou congestion cérébrale brusque, rapide, *distension des vaisseaux*, vertiges, éblouissemens, étourdissemens, illusions d'optique, tintemens d'oreille, etc. Si elle est plus énergique et si les vaisseaux résistent, coup de sang, paralysie générale, parce que l'injection vasculaire est générale; mort prompte, ou disparition rapide des symptômes. Si dans l'intervalle de ces espèces d'accès les vaisseaux restent plus ou moins engorgés, état de somnolence habituelle, stupeur, diminution des facultés intellectuelles. Si une évacuation sanguine périodique est supprimée, c'est à l'époque où elle eût reparu que revient la congestion. A la suite de ces fluxions répétées, dilatation habituelle des vaisseaux, affaiblissement de leurs parois. Si la congestion est plus énergique, ou concentrée vers un point du cerveau, ou que les vaisseaux résistent moins, *hémorrhagie*, *épanchement de sang plus ou moins considérable*, *désorganisation et compression subite du cerveau;* paralysie instantanée; apoplexie proprement dite. Si la congestion est moins rapide, plus continue, *infiltration*, *espèce de combinaison du sang avec la substance cérébrale*, *épanchement de quelques gouttes de sang;* l'hémorrhagie est incomplète, avortée, la congestion continue: *ramollissement*, *désorganisation du cerveau*, état intermédiaire à l'apoplexie et à l'inflammation; *apos-*

tema sui generis, apoplexia a repletione apostemante : la paralysie est moins rapide dans sa marche et accompagnée de symptômes nerveux.

Si la congestion est encore plus lente, plus régulière ; d'abord, *injection sanguine*, symptômes d'irritation ; convulsions, douleur, roideur, etc. ; ensuite, *altération de la substance cérébrale*, engourdissement, paralysie successive des membres supérieurs, puis des inférieurs : enfin, *désorganisation complète*, résolution, flaccidité des membres comme dans l'apoplexie ; mais de même que toute inflammation offre des momens de remittence et d'exacerbation, de même des congestions cérébrales reviennent par accès avec coloration de la face, symptômes épileptiques, etc. ; après quoi, flaccidité des membres, stupeur. La désorganisation du cerveau devient-elle complète, plus d'accès : un épanchement de sang a-t-il lieu dans une de ces congestions, même résultat.

Une première congestion brusque amène *un épanchement sanguin*, paralysie avec résolution (apoplexie) ; plus ou moins long-temps après, nouvelles congestions, la présence d'un corps étranger augmente l'irritation, inflammation des parois du foyer, *ramollissement consécutif* : si le caillot n'est pas assez considérable pour anéantir les fonctions de cette moitié du cerveau, contraction des muscles paralysés, douleur, mouvemens convulsifs, etc., c'est-à-dire, symptômes consécutifs de ramollissement ou d'inflammation du cerveau. Si le caillot est plus volu-

mineux, et par conséquent la compression du reste de l'hémisphère plus considérable, alors, malgré le ramollissement, c'est-à-dire, l'inflammation des parois du foyer, les fonctions de cette moitié du cerveau étant anéanties, point de phénomènes nerveux, point de symptômes d'irritation cérébrale dans les parties paralysées : c'est le cas le plus commun dans les apoplexies. Ainsi, le ramollissement du cerveau ou inflammation peut avoir lieu en même temps que l'hémorrhagie cérébrale ou apoplexie, et, par l'effet d'une même cause, la congestion précéder ou suivre l'épanchement, être par conséquent tantôt cause, tantôt effet.

Vous concevez de même très facilement comment une inflammation de l'arachnoïde, accompagnée nécessairement de congestion cérébrale, peut amener un ramollissement ou une apoplexie, et réciproquement comment un ramollissement ou une apoplexie peuvent déterminer une arachnitis, soit aiguë, soit chronique : *ubi stimulus, ibi fluxus.*

§. XIX. Les observations de ramollissement, avec infiltration ou collection de pus, que nous examinerons dans la Lettre suivante, ayant avec celles dont nous venons de parler la plus grande ressemblance, sous le rapport des symptômes et du traitement, je ne puis m'occuper de ces deux points importans qu'à la fin de la seconde Lettre.

LETTRE DEUXIÈME.

Ramollissement du Cerveau avec infiltration de pus ou suppuration commençante.

Nous avons examiné, dans la Lettre précédente, les ramollissemens du cerveau accompagnés d'injection vasculaire, d'infiltration et même d'épanchement de sang. Nous avons vu que c'était à ce liquide qu'il fallait attribuer la coloration plus ou moins foncée de la substance grise, et nous avons regardé cette injection sanguine comme une preuve d'inflammation aiguë terminée par la mort, pendant la première période ou état de *crudité*. En un mot c'est la présence du sang dans la substance cérébrale désorganisée qui a principalement fixé notre attention (1). Maintenant il nous reste à examiner le

---

(1) Je viens de recevoir de mon ami, le docteur Cruveilhier, auteur de l'*Essai sur l'Anatomie pathologique*, etc., l'observation suivante, qui confirme tout ce que nous avons vu jusqu'à présent.

[*A*] Madame Chabrol, boulangère, âgée d'environ cinquante ans, d'un embonpoint considérable, avait eu, depuis trente ans, de violentes migraines qui occupaient les arcades sourci-

rôle que joue le pus dans les ramollissemens du cerveau. Vous le verrez prendre la place du sang, s'infiltrer comme lui dans la substance cérébrale, se combiner en quelque sorte avec elle, lui commu-

---

lières, et quelques accès de rhumatisme chronique, lorsque, au commencement d'avril 1820, on s'aperçut qu'elle négligeait ses affaires. Autrefois active, intelligente, elle était devenue apathique et comme stupide, elle sentait ses jambes fléchir sous elle, et avait une grande tendance au sommeil.

Douze sangsues à l'anus. Le 26 avril, trois semaines après l'invasion, M. Cruveilhier, appelé, trouva la malade dans l'état suivant : stupeur, pesanteur de tête, faiblesse des membres du côté *gauche*, réponses très justes, mais difficiles. Déviation de la commissure droite des lèvres à la moindre contraction des muscles faciaux. Déviation de la langue à droite, succession sans motifs de pleurs et de ris, pouls un peu concentré, mais point fréquent. Cet état apoplectiforme n'en imposa pas à M. Cruveilhier; la marche des symptômes lui fit soupçonner ou un épanchement séreux, ou un ramollissement du cerveau. Il porta un pronostic fâcheux, et, n'osant insister sur les évacuations sanguines, il eut recours aux dérivatifs (vésic. au bras, émét. en lavage, 2 grains). Point d'évacuations alvines, ni de vomissemens, assoupissement, respiration ronflante, déglutition difficile, hoquet.

Le lendemain et le surlendemain (émét. 1 grain, phosph. de soude 1 once, dans une pinte d'eau), vomissemens et selles. Les deux jours suivans, même éméto-cathartique, à moindre dose, point d'évacuations; vésicatoire à la nuque, pédiluves sinapisés, frictions avec la teinture de cantharides et l'alcool de mélisse, lavemens purgatifs. Amélioration sensible de tous les symptômes.

Ce mieux ne fut pas de longue durée; les membres du côté *droit*, qui jusqu'alors avaient été libres, perdirent le sentiment et le mouvement, le supérieur complétement, l'inférieur *en partie seulement*. La langue s'embarrassa de nouveau (infusion d'arnica, mélisse, pot. avec extrait de quinquina et acétate d'ammoniac, lav. purg.)

niquer aussi sa couleur, changer celle de la substance grise, se réunir comme lui en masses assez considérables pour former des foyers distincts; et de même que nous n'avons pu trouver de ligne de

---

Le lendemain (pil. avec extrait de coloq. 2 grains, résine de jalap 2 grains, sirop de nerprun quant. suff.), après la deuxième pilule, la malade prend des asperges au vinaigre et du vin; aussitôt vomissemens, selles et urines involontaires, assoupissement continuel, ronflement, bâillemens, déglutition très difficile. Pour la première fois le pouls devient fréquent; cependant le ventre est souple, indolent, les facultés intellectuelles ne sont pas entièrement anéanties. Mais les symptômes augmentèrent encore pendant deux jours, et la mort arriva le 7 mai, un mois au moins après le développement des premiers symptômes, et douze jours après l'apparition de la paralysie.

Autop. cadav. Le crâne a été scié circulairement, mais la scie ayant entamé la dure-mère, et celle-ci étant très adhérente aux os, le cerveau a suivi le crâne et la dure-mère (*voyez* la note de la préface, page 17, relative aux précautions à prendre pour ouvrir le crâne et examiner le cerveau). Le cervelet et la protubérance annulaire sont seuls restés à leur place; une quantité assez considérable de sérosité s'est écoulée. Le cerveau a été divisé par tranches de sa convexité vers sa base. On parvint jusqu'aux ventricules latéraux sans découvrir d'altérations; ils étaient médiocrement dilatés; la partie antérieure du plancher de ces ventricules était *rugueuse au tact et à la vue;* la voûte à trois piliers était, dans cette partie, *intimement unie* aux corps cannelés. Le *droit* était ramolli, désorganisé dans une étendue peu considérable; le *gauche*, et la couche des nerfs optiques du même côté, présentaient la même altération dans la plus grande partie de leur étendue. Point d'extravasion sanguine, mais injection vasculaire considérable des parties désorganisées, *coloration brunâtre* de ces mêmes parties, ainsi que du centre de la protubérance cérébrale, désorganisée de la même manière.

Poitrine. Rien de remarquable.

démarcation bien tranchée, de la simple injection vasculaire à l'épanchement apoplectique, de même nous arriverons, par des nuances insensibles, de la plus légère coloration du cerveau par le pus, jus-

---

Abdomen. Membrane muqueuse de l'estomac couverte de larges plaques ecchymosées d'un rouge très vif, surtout vers l'orifice œsophagien. La plus grande partie des intestins grêles, descendue dans la cavité du bassin, contenait des vers. La trompe et l'ovaire du côté droit étaient adhérens aux parties voisines par du tissu lamineux, qui ne permettait pas à ces organes de pouvoir se rapprocher. L'ovaire gauche, qui avait conservé ses rapports naturels, était comme atrophié; l'utérus avait moins de volume que de coutume. (La malade avait été stérile.)

Je ne puis entrer ici dans les détails qu'exigerait l'examen de cette observation intéressante; mais je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer la justesse du diagnostic du docteur Cruveilhier, la coïncidence de cette ancienne et violente migraine avec les granulations de la surface de l'arachnoïde des ventricules (*voyez* les Obs. nos 9 et 10), et l'adhérence intime de la voûte à trois piliers avec les corps cannelés; le développement lent et gradué de la paralysie, d'un côté d'abord, puis de l'autre après une amélioration momentanée; le siége du ramollissement dans la substance grise, l'injection sanguine et la coloration brunâtre des parties désorganisées. Comparez aussi le traitement et l'indigestion que s'est donnée la malade avec l'état de la membrane muqueuse de l'estomac.

M. Gombault, élève interne à l'Hôtel-Dieu, vient de me communiquer aussi une observation analogue.

[*B*] Armand Pierre, âgé de 58 ans, cultivateur, robuste, brun, sec, fut apporté à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, le 31 septembre 1819. Céphalalgie, face animée, pupilles mobiles, décubitus en supination, assoupissement, membres *roides*, dans une position moyenne entre la flexion et l'extension; quelques mouvemens dirigés par la volonté, mais brusques, irréguliers, impatience, inquiétude, réponses brèves et sèches, facultés intel-

qu'aux abcès proprement dits. Seulement, pour procéder du connu à l'inconnu, de l'évident au douteux, je commencerai par les observations dans lesquelles le pus est déjà réuni dans quelques points

---

lectuelles affaiblies. Cependant on apprit de lui que depuis trois semaines, et surtout le jour de son entrée, il avait éprouvé des maux de tête, de la pesanteur, du malaise, qui jusqu'alors ne l'avaient pas empêché de vaquer à ses occupations (pédiluves). Le lendemain, roideur plus prononcée des membres, trouble plus considérable des fonctions intellectuelles, distorsion de la bouche (saignée du pied, pédiluves). Le soir, état comateux, sensibilité émoussée, respiration plus lente (15 sangsues au col, sinap. aux pieds).

Troisième jour, abolition complète de l'intelligence et des fonctions des sens, émission involontaire de l'urine, persistance de la *roideur* des membres (sinap., lav. purgat., saignée du pied, qui ne donne pas de sang).

Quatrième jour, *cessation de la roideur des membres;* soulevés et abandonnés à leur propre poids, ils retombent comme des masses inertes. Cependant la sensibilité n'y est pas entièrement éteinte, respiration stertoreuse, bouche couverte d'écume. Mort dans la nuit du quatrième au cinquième jour.

Autop. cadav. Vaisseaux de la tête peu gorgés de sang; arachnoïde saine à la surface du cerveau et dans les ventricules; pie-mère fortement injectée; cerveau très ferme, substance blanche de l'hémisphère *gauche* comme sablée par une foule de petits points rouges; même état de la partie supérieure de l'hémisphère *droit*, à un pouce et demi de la surface, par conséquent dans la substance blanche aussi. A la partie inférieure du corps strié et de la couche des nerfs optiques du même côté, en dehors du ventricule latéral droit, la substance cérébrale était, dans l'étendue de deux pouces et demi environ, désorganisée, ramollie, pulpeuse, *d'un rouge brunâtre;* au centre, une espèce de caillot moins mou, plus rouge, semblait formé presque entièrement par

en masses assez considérable pour former de petits foyers distincts. Si j'ai suivi un ordre inverse dans la Lettre précédente, c'est que je voulais vous montrer la grande affinité qui existe entre les inflammations et les hémorrhagies de la substance cérébrale, c'est que la présence du sang était bien plus facile à démontrer que celle du pus.

Du reste, je suivrai toujours la même marche dans l'exposition et l'analyse des observations particulières, et puisque vous n'êtes pas encore convaincu que l'altération qui nous occupe soit le résultat d'une inflammation, je continuerai à l'appeler *ramollissement* pour que vous puissiez apprécier, sans prévention, toutes les circonstances propres à déterminer votre jugement.

N° I.

76 ans, paralysie avec roideur et contraction des membres du côté *gauche*, amélioration sensible le quatrième jour, rechute le cinquième, mort le septième. — *Deux ramollissemens dans la substance grise des lobes moyen et postérieur* droits, *l'un supérieurement, puriforme, et mêlé de petits abcès, l'autre inférieurement, brunâtre et infiltrée de sang. Inflammation de l'arachnoïde bornée au même côté du cerveau.*

Le 1er avril 1816, on apporte à l'Hôtel-Dieu

---

du sang. A la périphérie, point de limite tranchée entre les parties saines et celles qui sont désorganisées.

Vous trouverez encore dans la thèse de M. Deslandes, sur la Phlegmasie des méninges, 1817, Obs. 6, un exemple d'inflammation chronique de l'arachnoïde, avec ramollissement et coloration en *rouge brun* de la couche optique droite.

un homme âgé de soixante-seize ans, replet, fort, d'une constitution *apoplectique*, qu'on a trouvé la veille, étendu dans sa chambre, sans connaissance. Autrefois limonadier, et depuis peu de temps sans état, il a toujours mené une vie fort régulière et n'a jamais éprouvé de symptômes semblables. Examiné à la visite du soir, il est couché sur le dos. Les membres *du côté gauche ont perdu le mouvement et le sentiment, mais ils sont à demi fléchis, roides et contractés, surtout quand on essaye de les étendre.* Les mouvemens des membres du côté droit sont libres et assez faciles. Le malade porte souvent la main à son nez comme pour prendre une prise de tabac. La bouche est entr'ouverte, la langue sèche et noire, les yeux fermés, la respiration assez paisible, l'ouïe un peu dure, le pouls assez développé, mais point fréquent. Les fonctions intellectuelles ne sont pas entièrement abolies (lavement purgatif), évacuations abondantes. Le lendemain matin, même état (lav. purg., sinapismes aux pieds).

Le 3 avril, peu de changement (affusions sur la tête à la température de 15 à 16 degrés, et ensuite plus froides pendant 5 minutes). Après l'affusion, le malade ouvre facilement les yeux, entend mieux, donne des signes d'une intelligence moins obtuse, mais se réchauffe lentement; la figure est plus naturelle, le pouls a peu changé. Deux heures après l'affusion, nouveau lavement purgatif, nouveaux sinapismes aux jambes : dans la journée, le mieux se soutient, le malade prend du tabac avec la main

droite; on le fait même chanter pour en avoir. La langue devient humide et reprend peu à peu sa couleur naturelle; le soir on renouvelle l'affusion froide, elle produit les mêmes effets que le matin, c'est-à-dire, que l'intelligence et les sens sont plus éveillés, mais le malade se réchauffe difficilement.

Le 4, retour des accidens, affaissement plus marqué que la veille au matin, embarras plus considérable des fonctions intellectuelles, pouls fréquent, bouche toujours humide : on cesse les affusions.

Le 6 avril, septième jour de la maladie, les yeux sont ternes; mort vers midi.

Autop. cadav. Tête. L'adhérence du crâne avec la dure-mère étant très intime, il s'écoule, dans les efforts qu'on fait pour les séparer, une grande quantité de sérosité. En renversant la dure-mère du côté *droit*, on remarque qu'elle adhère à l'arachnoïde par une couche mince de substance couenneuse facile à voir au moment où l'on sépare ces membranes, mais sans consistance et se rompant au plus léger tiraillement. L'arachnoïde, toujours du côté *droit*, est un peu épaissie; la pie-mère adhère dans une grande étendue des lobes moyen et postérieur avec la substance grise. Dans cet endroit le cerveau, d'un blanc sale, est tellement diffluent qu'il s'enlève avec les membranes et retombe en gouttes comme du pus épais. Vers la partie supérieure du lobe postérieur, on trouve gros comme un pois de véritable pus; sur la nature duquel il est impossible d'élever le moindre doute; vers la partie inférieure du lobe

moyen, on trouve infiltré plutôt qu'épanché, dans la substance *grise* aussi, une petite quantité de sang qui lui donne un aspect brunâtre; dans cet endroit les vaisseaux sont plus dilatés, comme gorgés de sang, et la substance cérébrale est au moins aussi molle que celle dont nous avons parlé. Le lobe antérieur et les autres points de cet hémisphère sont fermes et dans l'état ordinaire. Le ventricule latéral de ce côté (droit) contient une certaine quantité de sérosité, l'autre est sec.

Du côté gauche les membranes et la substance cérébrale sont partout dans l'état naturel. Les autres cavités n'ont pas été ouvertes.

§. I. Presque toutes les circonstances de cette observation sont remarquables sous quelques rapports. Les symptômes propres au ramollissement sont rarement aussi bien caractérisés. Ils se sont montrés à gauche, et c'était l'hémisphère droit du cerveau qui était malade; mais, il existait dans cet hémisphère deux altérations bien distinctes. Dans l'une, la substance grise des lobes moyen et postérieur avait pris l'aspect et la consistance du pus, on y trouva même un petit foyer purulent. Dans l'autre, la substance grise de la surface inférieure du même lobe moyen était, au contraire, de couleur brunâtre, comme imprégnée de sang et environnée de vaisseaux très dilatés. D'où vient cette différence? Pourquoi la première altération n'offrait-elle pas cette coloration particulière que nous avons jusqu'à présent toujours rencontrée dans la

substance grise, et qui existait en effet un peu plus loin dans la seconde ?

Les premiers symptômes, après avoir presque entièrement disparu, sont revenus tout à coup deux jours avant la mort, et il existait deux altérations bien distinctes ; il est donc infiniment probable que l'une des deux a été cause des premiers accidens, et l'autre des derniers. Et vous attribuerez nécessairement les symptômes les plus anciens à celle des deux altérations qui porte l'empreinte d'une date plus ancienne, c'est-à-dire à celle qui est accompagnée de suppuration, et les plus récens à celle que nous avons été conduits à regarder comme le résultat d'une inflammation aiguë arrêtée par la mort au moment de sa période d'irritation, de *crudité.* Cela est d'ailleurs conforme à tout ce que nous savons sur les inflammations.

Cette observation nous montre donc dans le même hémisphère, la même maladie, à deux époques différentes, ou deux degrés de l'inflammation du cerveau. Nous surprenons la nature au moment où la suppuration naissante commence à devenir évidente par la réunion du pus en petits foyers distincts, et nous arrivons ainsi à cet état intermédiaire aux altérations que nous avons examinées dans la Lettre précédente et aux abcès dont nous nous occuperons dans la suivante, à cet état, dis-je, dans lequel le pus, déjà mêlé à la substance du cerveau, n'est pas encore réuni en masse assez considérable pour être visible.

Remarquez que, dans l'une de ces altérations, le pus infiltré dans la substance grise lui avait communiqué sa couleur, de la même manière que dans l'autre l'infiltration du sang lui donnait un aspect *brunâtre*.

Vous avez vu également ces deux degrés de l'inflammation du cerveau bien caractérisés et isolés, dans l'Observation n° 2, de la Lettre première, où nous avons trouvé la substance grise de la partie antérieure de l'hémisphère gauche très injectée, et la partie postérieure du ventricule du même côté détruite comme par suppuration, de manière à laisser une cavité, en forme de ventricule accidentel.

§. II. Vous voyez encore ici une complication d'inflammation de l'arachnoïde; mais celle-ci est surtout remarquable en ce qu'elle est évidemment due à l'affection du cerveau; elle est bornée à l'hémisphère affecté; la membrane séreuse est épaissie vis-à-vis des points ramollis; elle adhère au cerveau par l'intermédiaire de la pie-mère : enfin, le ventricule de ce côté contient seul de la sérosité. D'un autre côté, ce malade n'a présenté aucun symptôme particulier qui ait pu faire soupçonner une arachnitis; c'est qu'elle était légère, bornée au côté du cerveau désorganisé et postérieure à cette désorganisation.

§. III. L'effet immédiat des affusions froides a été très marqué. C'est un moyen énergique, sur l'efficacité duquel il n'est pas possible d'élever le moindre

doute; mais vous avez dû remarquer que le malade avait de la peine à se réchauffer; c'est un inconvénient très grave, en ce qu'il en résulte souvent des inflammations dans d'autres organes, et en particulier dans ceux de la respiration. Aussi je regretterai toujours de n'avoir examiné ni la poitrine, ni l'abdomen.

§. IV. Théodore Collado (*Adversaria*, lib. 1, c. 20, §. 56), en parlant de plusieurs malades affectés de phrénésie, qu'il avait vus, ajoute : « Quorum unum memini, me presente, dissectum, qui ex phrenitide nota et *remissa* incidit in paralysim et apoplexiam ex quibus periit : ei inventa est meninx *purulenta* et medullæ cerebri exterior pars vicina inflammata, partim ex *rubro nigricans*, partim *purulenta*. »

Malgré le laconisme vague de cette description, vous y démêlerez cependant des symptômes d'inflammation des mininges (phrénésie), suivis, après une *rémission*, de ceux d'inflammation du cerveau (paralysie); vous y reconnaîtrez les deux états dont nous parlions, puisqu'une partie du cerveau était d'un *rouge noirâtre*, et que l'autre était déjà *purulente*.

§. V. Bonet (*Sepulcret. Anat.*, lib. 1, c. 12, Obs. 20) rapporte une observation de Jean Bauhin tout-à-fait semblable à celle de Collado. « Melancholicus juvenis, *paralysi* et *convulsione* in febre laborans, *epilepsiæ* frequentes paroxismos patiebatur, etc..... in latere dextro admodum turgebant venæ tenuis meningis, multo sanguine nigro et con-

creto, ea pars *nigricabat* et *apostema* continebat in proxima cerebri parte. »

A travers l'obscurité de cette description vous remarquerez cependant que la paralysie était accompagnée de convulsions et de fréquens accès d'épilepsie, que l'arachnoïde était enflammée, et que la partie sous-jacente du cerveau était noirâtre et contenait un abcès. Les expressions de Bauhin sont tout-à-fait équivalentes à celles de Collado : « Partim ex rubro *nigricans*, partim *purulenta*. » C'était probablement, dans ces deux cas, la substance grise qui avait cette couleur foncée. Il est encore infiniment probable, pour ne pas dire certain, que ce qu'on a appelé gangrène du cerveau, n'était autre chose qu'un ramollissement dont la couleur était, comme dans ces deux cas, extrêmement foncée.

§. VI. Vous avez vu, dans l'Observation n° 9, de la première Lettre, une affection tout-à-fait semblable chez le jeune homme, qui, à la suite d'un coup reçu à la tempe, éprouva de la céphalalgie, une altération des facultés intellectuelles, des douleurs dans les membres, puis tout à coup une paralysie de ceux du côté droit avec augmentation de la sensibilité : la surface interne du ventricule gauche était comme *contuse* au-dessous et en avant la substance cérébrale était d'un *rouge amaranthe*; le centre de cette partie était *ramolli à moitié réduit en pus*. Rien de plus positif que ces expressions de M. Dan de La Vauterie ; elles n'ont pas besoin de commentaire.

§. VII. Depuis la publication de cette première Lettre, M. Avisard a lu à l'Athénée de médecine de Paris. (*Voyez* Biblioth. médic., août 1820), plusieurs observations de ramollissement du cerveau parmi lesquelles la seconde présente une altération tout-à-fait semblable aux trois précédentes.

« Dans le cours du mois de janvier 1818, on apporta à l'Hôtel-Dieu une femme, âgée de soixante-dix ans, sans connaissance. Tout ce qu'on obtint des personnes qui l'amenèrent, fut de savoir qu'elle était malade depuis huit jours, et que l'émétique lui avait été administré plusieurs fois. On observa que la face était pâle, les commissures des lèvres point déviées, les membres droits dans une insensibilité complète, ceux du côté gauche ne jouissant que d'une sensibilité très obtuse, le pouls à peine sensible, et tout le corps déjà pénétré d'un froid glacial (sinapismes aux jambes); mort dans la nuit.

« *Examen du cadavre. Crâne.* Tout l'hémisphère gauche du cerveau, hormis les extrémités des lobes antérieur et postérieur, se réduisait en *bouillie* sous la plus légère pression du doigt; une ligne, d'un *rouge pâle*, circonscrivait ce ramollissement; les parties placées hors de cette ligne, présentaient une multitude de points rouges au fur et à mesure qu'on en faisait la section; l'hémisphère droit et les méninges étaient sains, les ventricules et les fosses occipitales contenaient plusieurs cuillerées d'une sérosité rougeâtre et limpide.

« *Abdomen.* L'estomac, fortement contracté sur

lui-même, présentait sa membrane muqueuse striée et plaquée de rouge. On fit la même remarque sur le duodenum ; tout le reste était sain. »

Je ne m'arrêterai pas aux symptômes observés chez cette malade ; M. Avisard n'a assisté qu'à son agonie, et il n'a pu voir que ceux d'une apoplexie. Vous retrouvez dans les altérations du cerveau les deux degrés d'inflammation que nous avons vus si bien caractérisés dans les observations que je viens de vous citer. Aussi l'auteur regarde-t-il ce ramollissement comme le résultat d'une inflammation ; remarquez toutefois qu'ici il n'est pas question de suppuration. M. Avisard dit seulement que cette partie du cerveau circonscrite par une ligne d'un *rouge pâle* et environnée d'une atmosphère de vaisseaux injectés, se réduisait en bouillie sous la plus légère pression. Vous ne pouvez pas douter cependant de l'identité parfaite qui existe entre cette affection et les précédentes. Ce rapprochement est d'une grande importance en ce qu'il doit déjà vous faire pressentir que le ramollissement du cerveau en une espèce de bouillie, et celui où l'on trouve du pus mêlé à la substance cérébrale désorganisée, ne sont que des degrés de la même maladie. Vous verrez bientôt des observations qui nous conduiront de l'un à l'autre par des nuances insensibles.

N° 2.

70 ans, constitution apoplectique, pesanteur et engourdissement des membres *gauches*, vomissemens spontanés, coma profond, immobilité de tous les membres. — *Injection des vaisseaux des méninges, ramollissement de la partie antérieure de l'hémisphère* droit *du corps strié et du corps calleux, mêlée de pus.* (Rochoux, Recherches sur l'Apoplexie, page 178.)

« Baillet (Rodogune), âgée de 70 ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne et forte constitution, grosse, pléthorique, ayant le cou court, avait joui toute sa vie d'une bonne santé. Pendant l'hiver de 1812, elle fut prise d'une vive douleur de hanche, qui dura près de six semaines. Peu à peu elle commença à éprouver un sentiment de *pesanteur* et *d'engourdissement dans les membres gauches*; mais comme du reste sa santé n'était pas dérangée, elle ne tenait aucun compte de cet accident. Vers le 28 avril 1813, elle eut pendant un jour des vomissemens bilieux spontanés, à la suite desquels elle parut être dans son état ordinaire. Le 3 mai, en sortant de déjeuner avec appétit, elle tomba tout à coup sans connaissance : immobilité de tous les membres, rougeur de la face (tart. stib. vésic. jamb.). L'émétique ne produit aucun effet, et la connaissance ne revient pas.

« Le 4, on la transporte à la maison de santé dans l'état suivant : coma profond, visage rouge violet, vultueux, respiration assez libre, immobilité de

tous les membres, ventre resserré (huit sangs. til. orang.)

« Le 5, absolument même état, déglutition très difficile; pouls, cent quarante-quatre; pas de selles (même prescript.). Le soir, la respiration devient râlante; mort dans la nuit.

« *Ouverture du cadavre. Crâne.* La dure-mère était très adhérente et contenait une très grande quantité de sang dans ses vaisseaux. Il en était de même pour ceux de l'extérieur du cerveau.

« Toute la partie antérieure de l'hémisphère droit, les trois quarts environ du corps strié de ce côté, et une portion du corps calleux, en dehors, étaient ramollis et réduits en une espèce de bouillie pultacée, qui semblait formée par une *trituration* de la substance cérébrale avec du *pus*, et qui se laissait facilement entraîner par un courant d'eau, de manière à laisser une sorte de grande *caverne*, bornée en dedans par le ventricule, avec lequel elle ne communiquait pas; en avant et en dehors, par une légère couche de substance corticale retenue par l'arachnoïde et la pie-mère. Le reste du cerveau, de même que le cervelet, était très sain et ferme; les ventricules contenaient au plus deux gros de sérosité.

« Les organes contenus dans la poitrine et dans l'abdomen étaient dans la plus parfaite intégrité. »

§. I. Les symptômes de la maladie, au moment où M. Rochoux put l'observer, ressemblent, à la vérité, à ceux d'une violente apoplexie. Mais nous

retrouvons, dans ceux qui ont précédé, la marche lente et graduée que nous avons déjà signalée dans plusieurs observations de la Lettre précédente. Pendant long-temps les membres du côté *gauche* ont été pesans et engourdis, et l'altération avait son siége au côté *droit* du cerveau; aussi M. Rochoux, en parlant des symptômes précurseurs des deux maladies dont il vient de rapporter l'histoire (*Voyez* L. 1re, n° 15), ajoute-t-il avec beaucoup de raison : « Il est peut-être encore vrai que si un observateur attentif avait pu voir et observer ces symptômes, ils lui auraient fait connaître dès lors une altération profonde et cachée de la substance cérébrale. »

§. II. Le corps strié ne présentait aucune coloration particulière, et vous en voyez la cause dans les expresssions remarquables dont se sert ce judicieux observateur pour caractériser cette espèce de bouillie pultacée, qui semblait formée par une *trituration* de la substance cérébrale avec *du pus*, etc. » Cette description frappante de vérité confirme de la manière la plus claire et la plus positive ce que je vous disais de cet état dans lequel le pus, déjà mêlé à la pulpe cérébrale, n'est pas encore réuni en foyer : et vous devez y ajouter d'autant plus de confiance, que M. Rochoux ne regarde pas cette altération comme le résultat d'une inflammation.

N° 3.

36 ans, symptômes d'épilepsie pendant près de trois jours, ensuite convulsions moins fortes, puis soubresauts dans les ten-

dons ; ictère, paralysie, avec contraction du côté *gauche ;* mort subite le neuvième jour de l'entrée. — *Inflammation de l'arachnoïde des ventricules latéraux et de la surface du cerveau, plus marquée à* droite *qu'à gauche. Ramollissement avec suppuration du lobe moyen* droit *et du corps strié. Engorgement sanguin du foie ; bile extrêmement épaisse.*

Dans le mois de novembre 1813, on apporta à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 5, un homme d'environ 36 ans, d'une forte stature, entièrement privé de connaissance, et sur la maladie duquel on ne put avoir aucun renseignement. Les membres supérieurs et inférieurs des deux côtés du corps fortement fléchis et agités de violens mouvemens convulsifs, ne pouvaient être étendus qu'en employant une force considérable. La bouche était entr'ouverte, la langue humide, les lèvres couvertes d'écume sans déviation des commissures à droite ou à gauche, les yeux renversés et grandement ouverts, la pupille presque insensible aux brusques variations de la lumière, le pouls dur, assez fort et si fréquent qu'on ne pouvait compter les pulsations. Toute la surface du corps était couverte d'une sueur abondante et visqueuse. Je crus d'abord que le malade n'avait qu'un accès d'épilepsie. Mais étant revenu plusieurs fois à son lit, et voyant qu'au bout de cinq à six heures il ne s'était fait aucun changement dans son état, je pensai qu'il avait une fièvre *pernicieuse* ou *ataxique*, et qu'il ne passerait pas la nuit. Cependant je lui fis appliquer des sinapismes aux pieds, et l'on parvint à lui faire avaler quelques cuillerées d'une potion antispasmodique.

Le lendemain, à la visite, même état, seulement le pouls était moins fort (julep antispasmodique, lavement purgatif; le soir sinapismes aux genoux).

Le troisième jour, les mouvemens convulsifs ont presque disparu, mais il reste des soubresauts dans les tendons; les sueurs ont cessé, les sensations sont moins obtuses, le malade bégaye quelques mots, cependant le pouls est petit et très fréquent, les mains, les pieds, les jambes et les avant-bras sont froids, la langue est sèche (même prescription que la veille, les sinapismes sont remplacés par un vésicatoire au mollet).

Quatrième jour. Tous les symptômes nerveux ont disparu, la peau de la face est un peu jaune, la bouche est plus sèche, les extrémités sont toujours froides, point de sueurs; on remarque un peu de *roideur* dans le côté gauche.

Cinquième jour. Toute la peau du corps est *jaune*, les urines sont colorées, déposent un sédiment blanc et léger; sueur assez abondante, mais extrémités toujours froides, pouls insensible. Il se forme une escarre gangreneuse au coccix (quinquina en lavement, vin pur, vin de quinquina, décoction de quinquina).

Sixième jour. La langue est moins sèche, la parole plus libre, les mouvemens plus faciles, le malade se trouve mieux. Les membres sont toujours froids, douleur dans l'*épaule gauche*, toux légère.

Le septième. Le malade est assez gai, l'ictère diminue, les urines sont épaisses, troubles, sédimen-

teuses et très brunes. Mais les membres du côté gauche sont comme *paralysés*, dans un état de *roideur permanente;* la tête est toujours inclinée sur l'épaule gauche, et la face un peu tournée à droite, par la contraction des muscles du côté gauche du cou.

Le huitième. Même état que la veille.

Le neuvième. Le malade semblait être mieux, il s'était promené, on venait de panser ses vésicatoires, lorsqu'il mourut tout à coup.

Autop. cadav. Crâne. Beaucoup de sérosité épaisse entre l'arachnoïde et la pie-mère des deux côtés, mais plus abondante à droite qu'à gauche. Ramollissement de la substance grise à toute la surface du lobe moyen *droit;* on le coupe par tranches et on trouve, au milieu de la substance blanche très molle, plusieurs petits foyers de pus blanc et fluide, et du pus également réuni en plusieurs foyers dans l'épaisseur du corps strié du même côté. La substance grise des circonvolutions, et celle du corps strié, était aussi blanche que le centre ovale de Vieussens. L'arachnoïde, qui recouvre les deux ventricules latéraux, était *épaissie et granulée* à sa surface, la cavité de ces ventricules était remplie d'une sérosité trouble, lactescente.

Poitrine. Poumons crépitans, adhérences anciennes entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire, cœur sain.

Bas-ventre. Estomac et intestins sains, foie sain, mais gorgé de sang; dans la vésicule, beaucoup de bile épaisse semblable à du méconium.

§. I. Rien ne ressemble plus à un violent accès d'épilepsie, que l'état vraiment épouvantable dans lequel se trouvait le malade au moment de son arrivée; seulement les mêmes symptômes durèrent sans interruption pendant près de trois jours. Vous verrez par la suite que cet aspect épileptiforme appartient spécialement aux affections de l'arachnoïde.

Les quatrième et cinquième jours, en même temps que les symptômes nerveux diminuent, un ictère se manifeste. On ne remarque plus que de la roideur dans le côté *gauche*. Mais l'ictère diminue; douleur dans l'épaule *gauche*. Le lendemain et jours suivans, *paralysie* avec *roideur permanente*, etc., toujours du même côté. Vous voyez, par cette succession des symptômes, une oscillation remarquable de la fluxion inflammatoire entre l'encéphale et le foie; la première diminue à mesure que la seconde se prononce, et celle-ci disparaît bientôt quand la première reprend son énergie : ὁ σφοδρότερος ἀμαυροῖ τὸν ἕτερον, *vehementior obscurat alterum*. Quoique cette affection du foie n'ait duré que deux jours, nous en retrouvons cependant des traces après la mort, et elles sont proportionnées à sa durée et à son intensité. Elle est surtout remarquable en ce qu'elle n'a pu être produite par aucune commotion du foie, puisque l'affection cérébrale était spontanée.

Vous remarquerez aussi que les symptômes d'inflammation de l'arachnoïde ont été remplacés, d'une manière insensible, par ceux de ramollissement, qui à la fin sont devenus très prononcés, et que

l'épaississement de l'arachnoïde des ventricules, couverte de granulations, la sérosité trouble et lactescente qui les remplissait, ne laissent aucun doute sur l'ancienneté et l'intensité de l'inflammation de cette membrane.

§. II. Je n'ai pas besoin de vous faire observer que les symptômes de ramollissement se sont manifestés du côté *gauche* du corps, et que la maladie existait entièrement du côté *droit* du cerveau. Je n'insisterai pas non plus sur ces petits abcès disséminés dans la substance cérébrale ramollie, comme preuve de la nature inflammatoire de cette altération ; je vous rappellerai seulement que dans ce cas-ci comme dans les précédens, la substance grise des circonvolutions et celle du corps strié n'étaient pas colorées, ce qui prouve de plus en plus que si sa couleur foncée tient à la présence du sang, sa décoloration tient à la présence du pus.

§. III. La mort est survenue tout à coup dans le moment où le malade semblait hors de danger : c'est un événement que nous aurons l'occasion de signaler dans bien des cas de suppuration du cerveau.

L'observation suivante est encore plus importante sous différens rapports. J'en retrancherai seulement tout ce qui serait sans intérêt pour nous.

§. IV. Clologe, militaire, âgé de 38 ans, reçut dans l'épaule droite un coup de lance, à la suite duquel se développa un anévrisme de l'artère axillaire, qui acquit un volume considérable. La tumeur paraissait sur le point de se rompre : la ligature de

l'artère sous-clavière, au-dessus de la clavicule, pouvait seule sauver le malade : il s'y décida : elle fut pratiquée, le 30 mars 1819. Malgré les difficultés que présentait l'opération, à cause de l'énorme développement de la maladie, une ligature fut passée au-dessous de l'artère, en la soulevant ; on suspendit plusieurs fois les battemens dans la tumeur ; mais lorsqu'on la serra, le malade éprouva une douleur très vive dans le cou.

Le lendemain, la douleur diminua ; le membre recouvra sa chaleur et sa sensibilité.

Les quatrième et cinquième jours, retour des douleurs.

Le septième, douleurs plus vives. On pratiqua successivement quatre saignées, qui ne produisirent point de soulagement durable.

Dans la nuit du septième au huitième jour, perte de connaissance, agitation des membres inférieurs principalement, pupilles immobiles, respiration courte et fréquente, pouls petit, irrégulier.

Le huitième jour, renversement considérable de la tête en arrière, alternatives d'agitation et d'affaissement ; mêmes symptômes que la veille, mort le soir.

Autop. cad. La ligature avait embrassé, avec l'artère, les branches du plexus brachial qui viennent de la troisième paire.

L'extrémité postérieure de l'hémisphère *gauche* du cerveau avait à sa surface une couleur *verdâtre ;* plus profondément, elle était désorganisée,

d'une mollesse diffluente et *de même couleur;* au milieu de cette altération existait un foyer purulent qui s'étendait jusqu'au ventricule latéral du même côté; il s'en écoula plus d'une cuillerée d'un liquide épais, *verdâtre;* à deux ou trois lignes autour de ce ramollissement, la substance cérébrale prenait un peu plus de consistance, était parcourue par des vaisseaux plus injectés que de coutume: ceux de la pie-mère étaient aussi un peu développés. Cependant l'arachnoïde était partout lisse et transparente; les ventricules ne contenaient qu'un peu de sérosité rougeâtre.

Vous voyez, dans cette observation, d'une part, une inflammation des nerfs de la troisième paire cervicale du côté *droit,* produite par la ligature; de l'autre, une inflammation du cerveau, développée, ce qui est très remarquable dans l'hémisphère *gauche* du cerveau. La substance grise des circonvolutions avait pris la couleur verdâtre du pus renfermé dans l'abcès situé plus profondément, et la substance cérébrale qui environnait cet abcès était molle, diffluente, et de même couleur que le pus. Les douleurs produites par la constriction de la ligature disparurent le lendemain, revinrent le quatrième jour, et augmentèrent jusqu'au septième d'une manière irrégulière, malgré quatre saignées. Ce n'est qu'à cette époque que se manifestèrent les symptômes propres aux affections cérébrales, et vous reconnaîtrez parmi ces symptômes ceux que nous avons rencontrés dans les observations précédentes, seulement les membres

inférieurs ont paru plus agités que les supérieurs, ce qui tient à ce qu'on avait été obligé d'appliquer autour des épaules et des aisselles un bandage très compliqué pour maintenir l'appareil, et prévenir les mouvemens inconsidérés qu'aurait pu faire le malade. Vous concevez d'ailleurs que l'attention était spécialement fixée sur l'anévrisme et les suites de l'opération, et qu'on a attaché peu d'intérêt aux symptômes d'une inflammation du cerveau à laquelle on ne s'attendait pas.

N° 4.

81 ans, dysurie, mélancolie, *épilepsie* suivie d'*apoplexie* avec écume à la bouche; mort au bout de 30 heures, 6 jours après le premier accès. — *Calcul dans la vessie; abcès dans le ventricule* gauche; *ramollissement de la substance corticale des deux côtés.* (Extrait de Valisneri : Éphém. nat. curios., cent. 8. Append., p. 72.)

Alexandre Marchetti, professeur de mathématiques, etc., âgé de 81 ans, était tourmenté depuis très long-temps par une difficulté d'uriner, accompagnée de douleurs atroces au moment de l'expulsion de l'urine, qui n'avait lieu que goutte à goutte; les accidens augmentèrent, il tomba dans une profonde mélancolie, sa constitution déjà sèche et irritable se détériora de plus en plus. Il avait pris l'étude en horreur. Le 26 août 1714, il eut un accès d'épilepsie qui ne dura qu'un quart d'heure; mais,

quelques instans après, il fut pris d'un second accès plus grave que le premier; une saignée calma un peu les accidens; après l'usage de quelques antispasmodiques il se trouva mieux, montra de la gaîté et de l'esprit dans ses reparties; cinq jours après le premier accès d'épilepsie, il fut pris d'une violente attaque *d'apoplexie, avec écume à la bouche*, perte totale des facultés intellectuelles, et mourut au bout de 30 heures.

Tous les vaisseaux de l'intérieur et de l'extérieur du crâne étaient gorgés de sang, ce qui donnait aux parties molles une couleur noire.

La substance corticale du cerveau était si molle que, par le moindre contact, elle était convertie en une matière fluide, comme si elle n'eût jamais eu de cohésion : *Admodum tenera erat, ut etiam leni attacu, in fluidam substantiam converteretur, quasi nunquam cohœsisset.* Ayant ouvert le ventricule gauche, on y trouva un *abcès* du volume d'une grosse muscade, remplie d'une matière livide, *putride*, mais sans odeur. Une partie du plexus choroïde était *détruite* et *corrompue;* le reste du cerveau était sain, ainsi que la moelle. La vessie contenait un calcul du volume d'un œuf de poule, rouge, irrégulier, hérissé de pointes.

§. I. Vous voyez ici, comme dans l'Observation précédente, la maladie débutant par des symptômes épileptiques, avec cette seule différence que, dans l'une, ils étaient continus, et que, dans l'autre, il y eut une légère rémission entre deux accès; ils se sont

calmés aussi au bout de quelque temps. Enfin cette amélioration sensible a été suivie d'une apoplexie avec *écume à la bouche*, c'est-à-dire qu'elle a été accompagnée de symptômes nerveux qui n'appartiennent pas aux hémorrhagies cérébrales. Il n'est pas dit qu'il y ait eu paralysie plutôt d'un côté que de l'autre, ni que le ramollissement de la substance *corticale* ait existé plutôt à droite qu'à gauche; il est donc à présumer que l'altération et les symptômes étaient également prononcés des deux côtés. Quoique la description de l'abcès trouvé dans le ventricule ne soit pas claire, elle ne laisse aucun doute sur l'existence d'une inflammation de ces parties. D'ailleurs, une partie du plexus choroïde était *détruite* et *corrompue*, ce qui ne peut avoir eu lieu sans une inflammation de l'arachnoïde.

Je ne vous ai pas parlé de la pierre trouvée dans la vessie : son volume, ses aspérités, etc., expliquent assez les symptômes dont s'est plaint le malade pendant plusieurs années.

On trouve encore dans les auteurs quelques exemples de ces ramollissemens du cerveau dans lesquels le pus mêlé à la substance cérébrale, et difficile à reconnaître, a cependant été soupçonné. Malheureusement, presque toutes ces observations sont tellement tronquées, qu'elles ne peuvent servir qu'à confirmer des vérités déjà démontrées par celles qui sont plus détaillées.

§. II. Ernest-Gottl Schmidt (Obs. chirurg., tetr., Obs. 3) dit avoir trouvé sur un militaire, mort

avec des douleurs violentes et d'autres symptômes cérébraux survenus à la suite d'un coup, tout l'hémisphère droit et une partie du gauche transformés en une substance semblable à de la gélatine très liquide, diffluente au moindre contact, ou plutôt à une collection de pus. *Substantia gelatinæ quidam liquidiori sive colliquamento potius similis esset, levissimoque contactu difflueret.* Vous voyez, par ces expressions de Schmidt, que le pus n'était pas encore rassemblé en foyer, mais que cependant cet état du cerveau diffluent ressemblait plus à un abcès qu'à toute autre chose.

§. III. Kaav (nov. comm. acad., sc. pétropol., t. 1, Observations anat., 3.) rapporte que, faisant l'ouverture du corps d'un individu qu'on avait trouvé mort sur un chemin, il trouva la surface de l'extrémité antérieure des deux hémisphères transformée en un mucus jaunâtre et fétide, dans lequel flottaient les vaisseaux libres de la pie-mère. *In mucum flavum fetidum versus cortex, ut vascula piæ-matris libera in illo fluctuarent.* Morgagni, qui cite cette observation (Epistol. 9, n° 19), la compare aux deux précédentes, à une autre de Curtius (1), et à plusieurs autres qui lui sont propres (voyez celles que nous avons rapportées ou que

---

(1) *Voyez* la note de l'ouvrage de Charles Curtius, intitulé *Discussioni di un raro morbo cutaneo.* Il s'agit d'une jeune femme qui mourut dans un état apoplectique, et chez laquelle il trouva tout l'hémisphère droit transformé en une substance muqueuse, qui suivait la pointe du scalpel en s'allongeant comme un fil.

nous citons un peu plus loin), dans lesquelles la substance cérébrale était également ramollie, diffluente et jaunâtre, etc.; il regarde la première altération comme un abcès, et les autres comme une désorganisation d'une nature particulière et indépendante de toute inflammation. Il est vrai que vous ne pouvez méconnaître dans l'altération décrite par Kaav, cet état de suppuration naissante, que vous avez vu si bien caractérisé dans les trois premières observations que vous venez de lire. Mais sur quoi se fonde Morgagni pour établir cette distinction entre des affections qui se ressemblent sous tant de rapports, que lui-même a cru devoir les rapprocher? La seule circonstance qui le tire de son incertitude, c'est l'odeur fétide de ce mucus jaunâtre, odeur dont il n'est pas question dans les autres observations. *Fœtor autem in nulla alia est ex propositis observationibus memoratus*, etc. Mais vous savez que le pus a très rarement une odeur, je ne dirai pas fétide, mais même un peu prononcée dans les abcès les plus considérables, lorsque le foyer ne communique pas avec l'air extérieur. Cette distinction n'est donc pas fondée, et Morgagni lui-même n'y aurait pas pensé, malgré l'importance qu'il attache à cette odeur fétide, s'il avait pu comparer un plus grand nombre de faits analogues, et surtout des faits mieux observés : il n'aurait vu là que des nuances de la même maladie; c'est ce qui vous paraîtra, j'espère, démontré jusqu'à l'évidence.

Je dois encore vous faire observer que, dans l'observation de Kaav, la substance grise était jaunâtre, comme dans les observations précédentes, et, par la même cause, la présence du pus.

§. IV. Vous pouvez rapprocher de ces observations celle que rapporte Phil. Salmuth (cent. 1, Obs. 12), d'un jeune étudiant de Leipsick, qui reçut un coup du côté gauche de l'occipital, avec fracture, etc. Le neuvième jour il eut de la fièvre, et, bientôt après, une paralysie du côté *droit*, du délire avec perte de mémoire. Ces symptômes, après avoir diminué pendant quelque temps, reparurent ensuite avec plus d'intensité : la paralysie fut plus forte. Après la mort, on trouva le côte *gauche* du cerveau *fort ramolli : Sinistra pars cerebri multo laxior apparebat ;* et la dure-mère correspondante entièrement livide.

Quoiqu'il ne soit pas ici question de pus, vous ne pouvez pas douter que cette altération ne soit de même nature que les précédentes, c'est-à-dire, le résultat d'une inflammation produite, ainsi que celle des membranes, par la fracture du crâne, seulement elle était moins avancée. Les symptômes sont aussi ceux d'une inflammation simultanée du cerveau et de l'arachnoïde ; d'une part, paralysie du côté opposé au ramollissement ; de l'autre, *délire.* Remarquez aussi que ces symptômes ont diminué pendant plusieurs jours, pour revenir ensuite avec plus d'intensité.

N° 5.

Céphalalgie, frénésie, mouvemens convulsifs, mort subite. — *Ulcérations de la dure-mère, ramollissement et suppuration du cervelet.* (Pierre Pauy., Obs. anat., 8.)

Un individu, qui depuis deux ans se plaignait de douleurs vers l'occiput, fut pris enfin de *frénésie* accompagnée de *mouvemens convulsifs*, et mourut subitement. On trouva la dure-mère corrodée dans quelques points et percée de différens trous, principalement au sommet de la tête, vers l'union de la suture sagittale avec la coronale. Il s'écoula par ces trous du sang presque concret, noir et un peu fétide. Les vaisseaux des deux méninges étaient distendus par du sang de même nature. On trouva dans le cervelet un *abcès* plein d'une humeur *peu naturelle*, de couleur *citrine, un peu pâle.* La substance du cervelet était beaucoup plus molle que celle du cerveau.

§. I. Dans cette observation comme dans presque toutes celles des anciens, les symptômes sont exprimés avec un laconisme dont nous devons d'autant plus gémir que nous possédons peu de données sur tout ce qui concerne le cervelet. Toutefois, vous voyez d'une part des maux de tête qui durent deux ans, et une affection chronique de la dure-mère, *ulcérée, perforée;* de l'autre, une *frénésie* accompagnée de mouvemens convulsifs, et des traces

d'inflammation aiguë des méninges et du cervelet, ce qui doit vous rappeler les symptômes observés dans les cas d'inflammation aiguë et simultanée de l'arachnoïde et du cerveau que nous avons examinés. Mais c'est surtout pour l'altération de la pulpe nerveuse que je vous ai rapporté cette observation. La substance du cervelet, beaucoup plus molle que celle du cerveau, contenait un *abcès* plein d'une humeur *peu naturelle*, de couleur *citrine un peu pâle*. Qu'est-ce qu'un pareil abcès, sinon cette suppuration commençante dont nous avons parlé; cet état, où il ne manque plus au pus, encore mêlé à la substance cérébrale, pour former un véritable abcès, que d'être réuni en masse assez considérable pour être appréciable au premier coup d'œil? Si vous comparez cette description remarquable sous le point de vue qui nous occupe, avec tout ce qui précède, vous concevrez l'embarras de l'auteur pour rendre les sensations qu'il a dû éprouver, et vous apprécierez la valeur de chacune des expressions dont il se sert.

Il paraît que ce malade, ainsi que celui de l'Observation n° 3, est mort au moment où l'on s'y attendait le moins.

§. II. J'ai commencé par les observations dans lesquelles le pus était en partie infiltré, en partie réuni en foyers déjà assez considérables pour être distincts; vous en avez vu d'autres dans lesquelles sa présence au milieu de la substance céré-

brale était encore facile à démontrer. Dans celles qui suivent, nous ne pourrons constater son existence que par analogie.

N° 6.

56 ans, perte de connaissance, aphonie; paralysie du côté *droit*; retour de l'intelligence et de la sensibilité des membres *paralysés;* commissure tirée à gauche; mort le huitième jour. — *Ramollissement en bouillie de la substance blanche du* cervelet, *du côté* gauche *seulement.* (Obs. communiquée par M. Rougier, élève interne à l'Hôtel-Dieu.)

Lefebvre (Joseph), âgé de 56 ans, d'une stature moyenne, d'un embonpoint médiocre, perdit tout à coup connaissance, le 11 juillet 1818, et lorsqu'il revint à lui il ne pouvait plus parler : tout le côté *droit* du corps était paralysé ; un médecin prescrivit un vomitif, ensuite des sangsues à l'anus et un vésicatoire au cou. Ces moyens ne produisirent aucun changement dans l'état du malade ; il fut transporté à l'Hôtel-Dieu le troisième jour, 14 juillet.

Il avait *toute sa connaissance ;* toutes les parties du corps étaient sensibles, mais le côté *droit* était immobile; la commissure des lèvres était déviée à *gauche*, la face tuméfiée, le pouls plein, dur et fréquent ; du reste, la respiration était libre et facile.

Le lendemain, même état (saignée de trois poêlettes, répétée le soir : orge tamarin).

Le quatrième jour, légère amélioration ; le malade prononce quelques mots ; mais le pouls est très irrégulier et variable d'un moment à l'autre ; tantôt fort et fréquent, tantôt petit et lent, quelquefois il est intermittent après deux pulsations ; d'autres fois, après trois ou quatre : enfin, il est souvent redoublé, ou comme on dit, *bis feriens*. (Dix sangsues au cou, sinapismes aux cuisses, même boisson.) Le cinquième jour, le pouls est moins irrégulier ; du reste, même état. (Saignée du pied de deux poêlettes.) Le sixième jour, constipation depuis l'entrée du malade ; l'évacuation de l'urine a lieu goutte à goutte par regorgement : on en retire par le cathétérisme, plein un grand bassin ; du reste, même état. (Dix-huit sangsues au cou, sinapismes aux pieds). Le soir, prostration, perte de la sensibilité de l'œil et de la paupière du *côté droit*, globe de l'œil comme flétri, respiration toujours facile, pouls plein, fort et fréquent. (Douze sangsues au cou.) Mort dans la nuit du 19 au 20 juillet, huit jours après l'invasion de la maladie.

Autop. cad. Les méninges et la substance cérébrale étaient légèrement injectées ; les deux hémisphères examinés avec soin, n'ont offert aucune altération. Le cervelet, à l'extérieur, paraissait sain aussi ; mais, à l'intérieur, la substance blanche de l'hémisphère *gauche* était ramollie et réduite en bouillie ; l'hémisphère droit était sain. Aucune altération remarquable dans les organes pectoraux et abdominaux.

§. I. Il faut avouer qu'il n'était guère possible de soupçonner la nature et le siége de la maladie.

Au moment où le malade a été apporté à l'hôpital, il offrait tous les symptômes de l'apoplexie; mais c'était le troisième jour, et vous avez vu dans les Observations nos 4, 5 et 6 de la Lettre précédente, que les mouvemens convulsifs, la contraction spasmodique des muscles paralysés, n'avaient pas tardé à faire place à une flaccidité complète (*Voyez* aussi l'Obs. n° 2 de M. Rochoux, et les Réflex. judicieuses de l'auteur, §. I.). Dans les Observations nos 11, 13 et 14, Lettre première, ces mêmes symptômes ne se sont montrés que par accès très courts, et à des intervalles assez éloignés, en sorte qu'il eût été possible de ne pas les remarquer (*Voyez* surtout un peu plus loin l'Obs. n° 9). Enfin les muscles du côté droit qui était *immobile,* pouvaient aussi bien être contractés que flasques et relâchés.

§. II. Quant au siége de la maladie, dans le cervelet, la respiration était libre, et vous savez qu'on a donné le trouble de cette fonction comme un des signes des affections de cet organe.

L'évacuation de l'urine avait lieu par regorgement; on a sondé le malade, et ces circonstances qui peuvent vous paraître peu importantes, le sont cependant beaucoup. Le docteur Gall regarde le priapisme comme un symptôme de l'inflammation du cervelet; et il croit que dans les Observations où il n'en est pas fait mention, on a

négligé d'en constater l'existence. Mais ici, comme on a été obligé de sonder le malade, il eût été impossible de ne pas s'en apercevoir. Vous n'attribuerez pas non plus cette accumulation de l'urine dans la vessie, à un état spasmodique de l'urètre, puisqu'elle s'écoulait goutte à goutte, par regorgement. La distension de la vessie était la suite de sa paralysie, accident commun dans les affections cérébrales. Une autre remarque importante, c'est que le malade avait toute son intelligence, ce qu'on n'observe ordinairement ni dans les inflammations du cerveau, ni dans les apoplexies de cet organe. Le pouls était d'une irrégularité vraiment extraordinaire, quoiqu'il n'existât aucune maladie du cœur. Ce qui est encore fort remarquable, c'est que la paralaysie occupait exactement tout le côté droit du corps, et que la maladie ne s'étendait pas au-delà du côté gauche du cervelet; et il est extrêmement rare que les maladies de cet organe soient bornées à un seul lobe. Au reste, nous reviendrons sur toutes ces circonstances, quand nous aurons rapporté un plus grand nombre de maladies du cervelet.

§. III. Morgagni (*de Sedibus*, etc., *Epist.* 3, n° 24) rapporte aussi une observation dans laquelle le cervelet était ramolli, etc.; mais comme cette altération était peu étendue et compliquée d'inflammation de l'arachnoïde et d'épanchement de sang, je ne puis que vous l'indiquer en passant.

N° 7.

70 ans, constitution apoplectique, espèce d'attaque d'apoplexie terminée spontanément; un an après, céphalalgie, éblouissemens, chute sur le côté *gauche*, paralysie du sentiment et du mouvement du même côté; douleurs lancinantes dans le bras paralysé, roide et fléchi, amélioration sensible; le dix-huitième jour, paralysie des deux côtés, etc.; mort le vingt-unième. — *Transformation en une bouillie blanchâtre de la couche des nerfs optiques, du corps strié, et d'une partie de l'hémisphère* droit; *altération semblable du* gauche, *mais moins avancée, et bornée à sa partie supérieure et à la voûte à trois piliers.*

Bourgoin (Marie), âgée de 70 ans, marchande à la halle, joignant à une très petite taille un embonpoint monstrueux, une tête peu volumineuse, un cou gros et court, et une figure enluminée à la manière des personnes habituées aux boissons alcooliques, sujette à de fréquentes douleurs de tête, eut en 1817 des étourdissemens fréquens, tomba même un jour sans connaissance; mais, au bout de quelques instans, put se relever seule, et le lendemain, sans qu'on ait rien fait, fut en état de reprendre ses occupations. Au commencement de novembre 1818, elle éprouva de nouveau de la céphalalgie, avec pesanteur de tête, des étourdissemens fréquens, des fourmillemens dans les membres; enfin, le 7 novembre, elle tomba sans connaissance au milieu de sa chambre; on la releva quelques

instans après, et presque aussitôt, on lui appliqua des sangsues derrière les oreilles; peu à peu elle revint à elle, recouvra l'usage de la parole et le libre exercice de ses facultés intellectuelles, mais elle s'aperçut qu'elle avait perdu la faculté de mouvoir les membres du côté gauche et de percevoir la sensation des corps extérieurs.

Elle fut apportée à l'Hôtel-Dieu deux jours après, 9 novembre, dans l'état suivant : face tuméfiée, œil *gauche* recouvert par la paupière supérieure paralysée, dilatation considérable et immobilité de la pupille, perte de la vision, œil droit ouvert, pupille mobile point dilatée, vision distincte, distorsion de la bouche tirée vers l'oreille *droite*, déviation de la langue à gauche lorsqu'elle sort de la bouche, large ecchymose étendue de l'oreille *gauche* à la base de la mâchoire inférieure et au sourcil. (La malade était tombée sur une chaise). Paralysie complète du sentiment et du mouvement des membres du côté gauche, avec *douleurs lancinantes très vives* qui reviennent de temps en temps spontanément, céphalalgie intense et gravative rapportée surtout aux deux tempes, parole facile, réponses justes, respiration libre, pouls fréquent, *dur*, *plein* et *fort*; chaleur modérée, excrétion volontaire des matières fécales et de l'urine. (Lavemens purgatifs, pédiluves sinapisés.)

Le lendemain, quatrième jour de la maladie, persistance des mêmes symptômes, douleurs pongitives dans le bras paralysé, quoique la peau soit in-

sensible, etc. etc. (Infusion d'arnica, avec esprit de mendérérus, ʒ iij; lavement purgatif, saignée du bras, diète). Le soir, moins de dureté et de force dans le pouls.

Cinquième jour, rémission des symptômes, langue humide, sortant sans dévier, mouvemens plus faciles des membres paralysés; du reste, mêmes symptômes. (Même prescription, moins la saignée.) Dans la journée, tendance à l'assoupissement, bâillemens, pouls peu résistant, peu fréquent, sommeil la nuit.

Sixième jour, point de céphalalgie, douleurs assez vives à l'œil *gauche* sans aucune altération apparente; retour de la sensibilité du côté paralysé. (On ajoute aux prescriptions précédentes des frictions avec un liniment volatil camphré.)

Septième jour, étourdissemens, tête pesante, vertiges, éblouissemens, tendance à l'assoupissement. (Même prescription, plus une saignée du pied.)

Huitième jour, retour des douleurs dans les tempes, *roideur* du bras gauche, pouls dur, concentré et fréquent; du reste, mêmes symptômes que la veille. Dans la soirée, un peu de rémission.

Neuvième et dixième jours, mieux-être général, mouvemens des membres paralysés plus étendus, plus libres; cessation de la paralysie de la paupière supérieure gauche, léger retour de la vision. (Même prescription.)

Onzième jour, œil droit rouge et douloureux,

céphalalgie intense rapportée au fond de l'orbite du même côté. (Douze sangsues à la tempe droite, pédiluves sinapisés.)

Du douzième au seizième jour, tous les symptômes fâcheux disparaissent complétement, la sensibilité et le mouvement augmentent de jour en jour, la vision est distincte, cependant la malade se plaint toujours de vives douleurs vers les tempes, le pouls est toujours un peu résistant, dur et concentré sans fréquence. Dans la soirée du seizième jour, on s'aperçut que la malade regardait spécialement les objets situés à sa droite, et qu'elle avait de fréquentes illusions d'optique.

Dix-septième jour. Céphalalgie intense, *flexion permanente et roideur* du bras paralysé; du reste, mêmes symptômes. (Continuation de l'arnica avec acétate d'ammoniaque et des lavemens purgatifs.)

Dix-huitième jour. Coma profond, prostration, insensibilité absolue, les bras soulevés retombent comme des corps inertes, respiration bruyante par intervalle; pouls dur, fréquent, régulier. (Saignée du bras, vésicatoires aux cuisses, mêmes médicamens internes.)

Dix-neuvième jour. Face cadavéreuse, pouls très inégal, irrégulier, concentré, persistance des autres symptômes. (Saignée, frict. avec linim. vol. camphré; arnica avec mendérérus.)

Vingtième jour. Respiration stertoreuse, quelques mouvemens convulsifs dans *les deux bras* toujours

paralysés, pouls toujours dur. (Saignée du bras, mêmes médicamens.)

Vingt-unième jour. Mêmes symptômes, les mouvemens convulsifs ne cessent qu'une heure avant la mort, qui a lieu à huit heures du matin.

Autopsie cadavérique, vingt-six heures après la mort.

Tête. Cerveau petit, pie-mère un peu injectée en arrière dans une étendue de six lignes de diamètre environ; l'hémisphère *droit* du cerveau mou et comme fluctuant, étant incisé, a offert la parois supérieure du ventricule droit considérablement ramollie, ainsi que la couche des nerfs optiques et une portion du corps strié; les vaisseaux qui se rendaient à ces parties s'en séparaient très facilement; la substance cérébrale, en cet endroit et jusqu'à la partie inférieure du lobe postérieur du même hémisphère, était réduite en une espèce de bouillie moins blanche que la substance médullaire du cerveau dans l'état sain. L'hémisphère *gauche* était plus consistant en général; cependant, une altération semblable à celle qui intéressait le droit se remarquait à sa partie supérieure et à la voûte à trois piliers. La membrane séreuse du ventricule ne paraissait pas altérée sur le corps strié, mais dans tous les autres points de cette cavité qui étaient ramollis, on ne distinguait plus l'arachnoïde, elle semblait détruite; les plexus choroïdes de l'un et de l'autre ventricule étaient sains. La partie inférieure de l'hémisphère gauche était

aussi consistante qu'à l'ordinaire; aucun épanchement dans les ventricules, aucun caillot dans la substance du cerveau, rien de remarquable dans la poitrine et l'abdomen. (1)

§. I. Rien de plus irrégulier que l'histoire de cette maladie, aussi a-t-elle été désignée sous le nom de fièvre ataxique, même après l'ouverture du cadavre. Voyons cependant si nous ne pouvons pas expliquer d'une manière fort simple ces prétendus phénomènes essentiels.

Je ne vous rappellerai pas les symptômes précurseurs qui, pendant un an, ont tourmenté cette femme, éminemment disposée aux affections cérébrales. Elle tombe tout à coup, et sur le côté paralysé, comme le prouve la large ecchymose de la face (c'est une circonstance commune dans les hémiplégies en général, et sur laquelle nous reviendrons); après l'application de sangsues derrière les oreilles, elle recouvre la parole et l'intelligence, mais reste paralysée de tout le côté *gauche*. Jusque là rien qui ne ressemble à une apoplexie. Mais il existe en même temps une céphalalgie intense, des douleurs lancinantes dans les membres et dans l'œil pa-

---

(1) Quoique j'aie suivi moi-même cette maladie avec beaucoup d'intérêt, c'est à M. Martin Solon, élève interne de la salle où elle était traitée, que je dois les détails les plus circonstanciés, d'après lesquels j'en ai rédigé l'observation.

ralysé. Après une amélioration sensible, le huitième jour, *roideur* du même bras qui se dissipe encore. Le dix-septième jour, *flexion permanente et roideur du bras paralysé.* Ce sont là des symptômes non équivoques de ramollissement, et en effet, on trouve, après la mort, la plus grande partie de l'hémisphère *droit* comme fluctuante, la couche des nerfs optiques et une portion du corps strié sont, ainsi que le reste, transformés en une espèce de bouillie blanchâtre; la substance grise a donc changé de couleur; sans doute parce que, comme dans les observations précédentes, elle était déjà imprégnée de pus, et cela est d'autant plus probable, que les vaisseaux qui s'y rendaient semblaient flotter dans cette bouillie, comme dans l'observation de Kaav (n° 4, §. III), ceux de la pie-mère étaient *libres* et *flottans* au milieu de ce mucus *jaunâtre* et *fétide*, et que la malade n'est morte que le vingt-unième jour, après deux rémissions complètes. Mais poursuivons. Le onzième jour, l'œil droit, jusqu'alors sain, devient douloureux; le seizième, les yeux se dévient à droite; le dix-huitième, le côté *droit* du corps est, de même que le gauche, complétement paralysé et affecté comme lui de mouvemens convulsifs; et l'on trouve dans l'hémisphère *gauche* une altération semblable à celle du droit, mais moins avancée et occupant une étendue moindre. Cet hémisphère est aussi plus consistant que le droit.

Vous voyez que, jusqu'ici, les symptômes coïncident

assez exactement avec les altérations. Seulement ils ont offert dans leur marche une intermittence, une irrégularité peu communes.

Cette intermittence n'a rien d'extraordinaire; vous savez que les inflammations de tous les organes sont susceptibles d'éprouver ces rémissions et ces exacerbations successives, et dans les observations précédentes, vous avez déjà pu remarquer que celles du cerveau et de ces membranes y sont particulièrement exposées. D'un autre côté, il faut tenir compte de l'influence du traitement. Jusqu'au quatrième jour, point de prescription remarquable, point de changement, saignée du bras; cinquième et sixième jour, rémission. On continue les dérivatifs irritans et les médicamens stimulans. (Arnica, esprit de mendérérus, ʒ iij.) Septième jour, étourdissemens, somnolence; saignée du pied. Huitième jour, au soir, rémission, qui continue jusqu'au dixième jour; même traitement irritant et stimulant; onzième jour, retour des accidens, sangsues à la tempe droite : du douzième au seizième, disparition des symptômes, toujours même traitement. Dix-septième et jours suivans, retour des accidens, qui augmentent dès lors jusqu'à la mort, malgré les saignées. Vous voyez que l'ataxie des symptômes a suivi d'une manière assez régulière celle du traitement; je vous laisse le soin de tirer de ces rapprochemens des conséquences qui se présentent d'elles-mêmes.

N° 8.

Chute sur la tête ; après la guérison, accès épileptiques, altération des facultés intellectuelles, etc.; mouvemens convulsifs, puis paralysie du bras *droit;* mort plusieurs mois après la chute. — *Vis-à-vis du lobe antérieur* gauche, *adhérence de la dure-mère épaissie avec l'arachnoïde, et de celle-ci avec le cerveau ramolli.*

Marie Lucas, bijoutière, âgée de 40 ans, d'un tempérament sanguin nerveux, d'un embonpoint médiocre, ayant les muscles saillans, les cheveux et les yeux noirs, fit une chute sur la tête en 1814. Il paraît qu'elle produisit des accidens graves, car on pratiqua plusieurs saignées, et même on nous dit que le trépan avait été appliqué. Après la guérison de la plaie de tête, cette femme resta sujette à des accès d'épilepsie qui revenaient à la moindre contrariété. Vers la fin de janvier 1815, on s'aperçut que son intelligence s'affaiblissait ; elle avait souvent des absences ; ces symptômes augmentèrent subitement ; et le 1er février on l'apporta à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Monique. Du reste, ces accidens n'avaient pas altéré sa constitution ; elle avait conservé les apparences d'une santé florissante.

Le jour de son entrée, elle était dans un état de stupeur, sans connaissance, la face un peu injectée était agitée de mouvemens convulsifs, ainsi que les yeux et le *bras droit;* lorsqu'on touchait la région

épigastrique, les convulsions augmentaient; la respiration était laborieuse et bruyante (2 sinap. aux jambes, vésicat. à la nuque et à l'épigastre, lav. purgatif). La constriction des mâchoires ne permit pas de lui faire avaler l'eau émétisée qu'on était dans l'intention de lui donner.

Pendant les deuxième et troisième jours, même état de stupeur, continuation des mouvemens convulsifs du bras droit, devenus plus fréquens et plus forts, Engourdissement, commencement de paralysie du membre. On continue l'emploi des dérivatifs; la mort survient dans la nuit du troisième au quatrième jour, plusieurs mois après la chute.

Autop. cadav. Une cicatrice longitudinale, d'environ un pouce et demi d'étendue, existait à la peau du crâne qui recouvre la bosse frontale gauche. Vis-à-vis de cette cicatrice, l'os était parfaitement sain à l'extérieur et à l'intérieur; on ne trouva nulle part de traces du trépan. Au niveau du lobe antérieur gauche du cerveau, la dure-mère était épaissie et adhérente par l'intermédiaire de l'arachnoïde à la substance *grise*, qui, dans cet endroit, était extrêmement *molle*, *pulpeuse*, et d'une couleur *jaunâtre*. Une grande partie du lobe antérieur avait subi la même altération; le reste de l'hémisphère gauche était sain, et contrastait singulièrement par sa consistance et sa couleur avec l'altération du lobe antérieur. L'hémisphère droit était aussi parfaitement sain. Dans la poitrine et l'abdomen on ne trouva rien de particulier.

§. I. Il est évident que cette femme a eu, à la suite de sa chute, une inflammation considérable de la dure-mère et de l'arachnoïde vis-à-vis du lieu de la percussion, que cette inflammation, combattue par des moyens convenables, se termina par adhérence, c'est-à-dire, par l'organisation de la substance albumineuse, épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde; que cependant, à cette inflammation, succéda une irritation habituelle des parties environnantes, à laquelle il faut attribuer cette disposition aux accès épileptiques; qu'enfin, cette irritation se communiquant au cerveau, a fini par produire le ramollissement de cet organe, et, par suite, l'engourdissement et les mouvemens convulsifs du bras du côté opposé. Il paraît que ces symptômes ne se sont pas étendus jusqu'à la jambe: aussi la paralysie était-elle incomplète, et l'altération peu étendue. (*Voy.* Lettre prem., Obs. 3, §. II.) Remarquez que ce n'est que sur la fin de janvier qu'on s'aperçut d'une altération dans les facultés intellectuelles; ces symptômes augmentèrent ensuite subitement, et la mort eut lieu quatre jours après. Il faut donc attribuer les derniers accidens à l'affection du cerveau.

§. II. Dans toutes les observations précédentes, où la substance grise désorganisée était devenue blanche ou jaunâtre, vous avez pu facilement vous convaincre que ce changement de couleur était dû à la présence du pus, puisque nous en avons trouvé réuni en petits foyers distincts. Ici, la chose n'est plus aussi manifeste;

mais vous ne pouvez douter que cette altération ne soit le résultat d'une inflammation, car elle existait vis-à-vis de la partie du crâne qui avait été contuse, et de la portion de l'arachnoïde qui avait été enflammée. La cause première de cette altération est donc, comme dans les cas précédens, l'inflammation ; les résultats sont les mêmes, la décoloration de la substance grise désorganisée : il est difficile de ne pas admettre que les phénomènes intermédiaires ont été les mêmes, c'est-à-dire, qu'il y a eu formation et infiltration de pus dans la substance grise ; que c'est à sa présence qu'elle devait sa couleur jaunâtre.

§. III. Vous trouverez dans la Bibliothéque médicale, cahier d'août 1820, pag. 230, une observation de M. Avisard, analogue à la précédente pour les altérations pathologiques ; malheureusement elle est peu détaillée; en voici les principales circonstances : la malade était âgée de 80 ans, avait perdu depuis quinze jours l'usage de ses facultés intellectuelles et motrices; « sensibilité très obtuse, contraction des *avant-bras sur les bras*, conjonctives injectées, pupilles contractées, pommettes rouges, peau chaude, abdomen indolent. » On avait administré plusieurs doses d'émétique sans obtenir d'évacution. Dix sangsues au cou; au bout de six jours, augmentation des symptômes; vésicatoires aux cuisses; mort le lendemain.

Ouverture du corps. Arachnoïde et pie-mère fortement injectées et ecchymosées en plusieurs points, adhérentes au cerveau et à la dure-mère, dans une

étendue de deux pouces ; tout l'hémisphère droit du cerveau réduit en une bouillie tellement diffluente, qu'elle s'écoula aussitôt que la substance corticale fut divisée ; hémisphère opposé sain : dans les ventricules et les fosses occipitales, une assez grande quantité d'un fluide rougeâtre et puriforme. Estomac et intestins grêles distendus par des gaz ; membrane muqueuse parsemée de larges plaques rouges.

Quoique cette description laisse beaucoup à désirer, la flexion des membres supérieurs ne permet pas de confondre cette paralysie avec celle qui est produite par une apoplexie ; il est probable qu'il a existé quelque différence entre les symptômes observés du côté droit et ceux du côté gauche. M. Avisard regarde les adhérences de l'arachnoïde au cerveau et à la dure-mère, l'injection de cette membrane et l'épanchement de sérosité rougeâtre et puriforme, comme des preuves d'une inflammation ; ce qui le porte à penser que l'altération du cerveau était aussi le résultat d'une inflammation ; et vous avez vu combien ce ramollissement ressemblait à une suppuration.

Enfin, M. Avisard attribue chez cette malade, ainsi que chez celle dont je vous ai rapporté l'histoire, n° 1, §. VII, l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac et du commencement du canal digestif, à l'administration réitérée de l'émétique.

§. IV. Morgagni rapporte aussi (Epist. XI, n° 22)

l'observation d'une vieille femme, qui, ayant déjà eu une attaque d'apolexie, en éprouva une seconde, à la suite de laquelle elle resta stupide et hémiplégique, etc. Les vaisseaux du cerveau étaient injectés, et il était si mou que, dans quelques points, en séparant la dure-mère, on enlevait la substance corticale avec l'arachnoïde qui adhérait à l'une et à l'autre, etc. Tout ce que nous pouvons conclure de cette observation, c'est qu'il a existé, comme dans les précédentes, une inflammation de l'arachnoïde qui s'est terminée par adhérence, puis une inflammation du cerveau sous-jacent, etc.; mais elle est d'un laconisme si obscur, que toute autre conjecture serait trop hasardée. Une chose qui mérite cependant d'être notée, c'est que Morgagni attribue l'hémiplégie de cette vieille femme au ramollissement du cerveau, *qui ne lui permettait plus de sécréter le fluide nerveux.*

N° 9.

23 ans, acouchement. Symptômes de péritonite chronique, émétique, convulsions, paralysie du côté *droit*, avec mouvemens convulsifs de temps en temps. Mort trois jours après. — *Arachnitis chronique, ramollissement de la substance corticale vers le côté externe et supérieur du lobe moyen* gauche, *dans l'étendue d'une noisette; pleurésie et péritonite chroniques.*

Mlle B** (Marie), âgée de 23 ans, petite, blonde, d'un tempérament lymphatique, entra à l'Hôtel-

Dieu (salle Sainte-Jeanne, nº 12), le 2 juin 1814, pour une prétendue hydropisie pour laquelle on lui avait, disait-elle, pratiqué la ponction trois mois auparavant. La figure était pâle, la peau blanche, le tissu cellulaire des jambes un peu engorgé, le ventre volumineux; mais souple et même mou, un peu douloureux à la pression; la peau de l'abdomen éraillée le long de la ligne médiane et d'un jaune couleur de safran. Ces deux dernières circonstances éveillèrent mes soupçons, et après une foule de réponses contradictoires, la malade finit par m'avouer qu'elle était accouchée trois mois auparavant à l'hospice de perfectionnement, où ses parens croyaient qu'on lui avait pratiqué la ponction; que la couleur jaune de la peau du ventre était due, comme je l'avais pensé, à des applications de laudanum, qu'un médecin avait prescrites, pour calmer des douleurs qu'elle éprouvait, dans l'abdomen, depuis près de deux mois, et auxquelles s'était joint du dévoiement.

Pendant sept à huit jours la malade eut vers le soir des frissons suivis de chaleur, le pouls était habituellement petit et fréquent, la langue pâteuse, le moral un peu exalté. (Fomentat. et lavem. émol. avec décoct. de têtes de pavots, eau de veau, tamarin). Comme son état avait peu changé, et qu'elle avait la bouche amère, un émétique fut prescrit; une heure après son administration, elle fit des efforts considérables pour vomir; mais ne rendit chaque fois qu'un peu de mucosité

jaunâtre; au bout d'une heure elle eut des convulsions, avec un peu d'écume à la bouche. Enfin on vint me chercher une demi-heure après en me disant qu'elle venait d'avoir une attaque d'apoplexie. Je la trouvai sans connaissance, étendue sur le dos, privée de mouvement et de sentiment dans la moitié *droite* du corps. La bouche était tirée à gauche; le bras *droit* flasque, retombait comme une masse inerte quand, après l'avoir soulevé, on l'abandonnait à lui-même; mais au moment où je le tenais pour tâter le pouls, je sentis les muscles se roidir, l'avant-bras se fléchir à angle droit sur le bras, et bientôt tout le corps fut pris de mouvemens convulsifs, avec secousses brusques, extension et flexion alternatives des membres, les muscles du côté droit de la face se contractaient irrégulièrement, l'œil droit était dirigé en haut et en dehors. Après deux minutes environ cet état fut remplacé par la paralysie avec résolution (dix sangsues au cou, sinapismes aux pieds). Le soir on me dit que les mêmes accès étaient revenus à des intervalles de deux ou trois heures, et toujours aussi courts.

Le lendemain, la respiration était difficile, la prostration très grande, les convulsions ne reparurent plus (vésicat. aux jambes).

Le surlendemain, dans la journée, mort, cinquante-quatre heures environ après l'apparition des symptômes cérébraux.

Autop. cadav. L'arachnoïde, qui recouvre la surface du cerveau, était blanchâtre, épaissie; entre

elle et le cerveau, de la sérosité en assez grande quantité remplissait les mailles de la pie-mère. On enlevait ces membranes de la surface du cerveau dans une grande étendue, sans les déchirer : vers la partie supérieure externe du lobe moyen *gauche*, elles étaient adhérentes à la substance cérébrale dans une étendue de quatre à cinq lignes seulement, et elles amenèrent avec elles une petite portion de cerveau, en laissant une cavité qui aurait pu loger une noisette. La substance cérébrale, détachée avec les membranes, était d'un blanc jaunâtre, diffluente et semblable à du pus fort épais; la surface de la petite cavité, produite par cet arrachement, avait la même couleur et la même mollesse; mais un peu plus loin la substance cérébrale était saine. Les ventricules contenaient quatre à cinq cuillerées de sérosité limpide.

Poitrine. Les deux plèvres épaissies, blanchâtres, contenaient, dans leur cavité, une grande quantité de sérosité trouble.

Abdomen. Le péritoine avait contracté, dans différens points, des adhérences celluleuses, surtout supérieurement. Sur les intestins grêles, il était couvert de granulations fines, blanchâtres, comme tuberculeuses; le bassin était plein de pus floconneux, mêlé à beaucoup de sérosité; la surface de la membrane muqueuse de l'estomac avait une teinte rosée uniforme, celle des intestins grêles offrait des plaques nombreuses, saillantes, et vers la valvule iléocœcale, une foule de petites ulcérations.

§. I. Plusieurs circonstances de cette observation, quoique étrangères à la maladie du cerveau, méritent cependant notre attention sous différens rapports. Vous y verrez un enchaînement remarquable de causes et d'effets, une coïncidence parfaite des symptômes avec les altérations organiques.

Cette fille, d'un tempérament lymphatique, accouche en secret, contracte une péritonite qui passe à l'état chronique, ce qu'on reconnaît à l'éraillement de la peau de l'abdomen, au laudanum qui la colore, à la sensibilité que développe la pression. *Adhérences anciennes du péritoine, granulations à sa surface, suppuration épanchée dans sa cavité.* Du dévoiement se joint aux premiers symptômes, légers accès de fièvre tous les soirs. *Membrane muqueuse de l'estomac, rosée, celle des intestins grêles boursoufflée, et celle de la fin de l'iléon ulcérée.* Les jambes s'infiltrent, le moral s'exalte. *Double pleurésie chronique avec épanchement, arachnitis.* Vous verrez que rien n'est plus commun que cette simultanéité d'inflammations aiguës ou chroniques des différentes membranes séreuses, surtout à la suite des couches; et c'est tout simple : des tissus de même nature remplissant des fonctions semblables, soumis aux mêmes influences, doivent être également exposés aux mêmes maladies.

§. II. On donna un émétique à la malade et je la trouvai deux heures après dans un état d'hémiplégie complète, avec flaccidité des membres. Ma première pensée, ainsi que celle de tous les assistans,

fut que les violens efforts qu'elle avait faits pour vomir, avaient déterminé vers la tête une congestion considérable; par suite de laquelle il s'était fait un épanchement de sang. Cependant quand on me dit que la malade avait d'abord éprouvé des convulsions avec un peu d'écume à la bouche, je commençai à douter que ce fût réellement une apoplexie. Mais lorsqu'en lui tâtant le pouls, je sentis les muscles se contracter, l'avant-bras se fléchir, lorsque je le vis agité de mouvemens convulsifs, etc.... je restai convaincu qu'il s'agissait, non pas d'une hémorrhagie cérébrale, mais d'un ramollissement du cerveau, quoique cette supposition s'accordât moins que la première avec tout ce qui avait précédé l'apparition *subite* de la maladie, quoique ces accès de mouvemens convulsifs n'aient plus reparu que deux ou trois fois et en mon absence. J'insiste un peu sur ces détails, parce que si je n'avais pas été près de la malade, dans le moment d'un de ses accès, si je ne lui avais pas tenu le bras pour lui tâter le pouls, il est possible, il est même très probable que je n'aurais pas eu connaissance de ces symptômes peu apparens, qui ne durèrent qu'un instant, et ne reparurent que deux ou trois fois, à des intervalles de plusieurs heures. Dans ce cas, j'aurais pensé que rien pendant la vie n'eût pu faire distinguer cette altération d'un épanchement de sang : et je suis intimement persuadé que c'est ce qui est arrivé dans quelques uns des cas dans lesquels on n'a remarqué que des symptômes d'apoplexie.

(*Voyez* l'Observation n° 6, et les Réflexions, §. I.)

D'un autre côté, rappelez-vous combien l'altération du cerveau était peu étendue : supposez que je n'aye pas commencé par enlever l'arachnoïde pour l'examiner, j'aurais pu inciser le cerveau dans tous les sens et ne pas remarquer un ramollissement du volume d'une noisette et incolore. Dans ce cas, j'aurais probablement appelé cette maladie une apoplexie nerveuse, spasmodique, etc. etc., une fièvre ataxique pernicieuse, enfin une affection *essentielle*.

Je suis entré dans tous ces détails pour vous donner une idée des difficultés que présente l'étude des maladies du cerveau, et de la circonspection avec laquelle il faut lire les observations des auteurs.

§. III. Faut-il attribuer le prompt développement de cette affection à la seule congestion produite par les efforts de vomissement? Il est difficile de concevoir qu'un embarras momentané de la circulation ait pu produire une inflammation et qu'elle ait été aussi circonscrite. Vous avez vu qu'il existait depuis long-temps une inflammation de l'arachnoïde, que la substance grise ramollie avait déjà pris l'aspect puriforme, et l'observation de Kaav (n° 4, §. V) vous a appris qu'une inflammation du cerveau pouvait arriver jusqu'à la suppuration sans produire d'accidens graves, et se terminer tout à coup par la mort, puisque l'individu dont il ouvrit le corps avait succombé sur un grand chemin. Enfin, vous ne serez pas surpris qu'une altération si peu étendue du cer-

veau ait produit une mort si prompte, si vous faites attention aux désordres profonds qui existaient dans les autres organes.

N° 10.

28 ans ; accouchement, suppression de règles, céphalalgie, hébétude, prostration, assoupissement, cris, constriction des mâchoires, roideur des membres ; sensibilité du ventre ; mort deux mois après les premiers symptômes. — *Arachnitis chronique, ramollissement de la protubérance cérébrale, adhérence des plèvres, péricardite et péritonite chroniques.* (Observ. communiquée par M. Martin Solon, chef de clinique interne à l'Hôtel-Dieu.)

M[lle] D*** (Marie), fille, âgée de 28 ans, couturière, petite, d'une constitution lymphatico-nerveuse, accoucha en octobre 1819, cessa d'avoir ses règles, et, dans les premiers jours de janvier 1820, commença à éprouver une céphalalgie très intense ; un mois après, elle s'exposa souvent, ayant très chaud, au froid et à l'humidité ; la céphalalgie augmenta, la malade tomba dans un état *d'hébétude*, et cinq jours après perdit connaissance.

Apportée à l'Hôtel-Dieu le 23 février, quinze jours après l'augmentation de la céphalalgie : supination complète, face pâle abattue, assoupissement dont la malade sort à peine pour répondre quelques mots ; cependant, quand on la découvre, elle se sert également bien des deux bras pour tirer sur elle la couverture ; elle montre sa langue qui est hu-

mide et rosée ; abdomen sensible à la pression. (Sinapismes aux pieds, puis aux jambes.) Pendant la nuit, cris continuels, serrement des mâchoires qui empêche de faire boire la malade.

Seizième jour. Roideur des membres, pouls plus petit, persistance des autres symptômes. (Douze sangsues, trois à chaque tempe et autant derrière chaque oreille, affusions d'eau fraîche pendant lesquelles on remarque un peu de réaction, sinapismes au moment où l'affaissement reparaît, petit-lait, infus. de tilleul, le soir lav. lax.)

Dix-septième jour. Même état. (Infus. de mélisse, julep antispasmodique, fumig. d'assa-fœtida dirigées vers la vulve, affusions fraîches.)

Dix-huitième jour. Même état. (Même prescription, plus des sinapismes le soir.) Agitation la nuit, déglutition facile.

Dix-neuvième jour. Peu de changement. (Lav. avec séné, infus. d'arnica, julep éthéré.)

Vingtième jour. Plaintes plus fréquentes. (Vésicatoires aux cuisses.)

Vingt-deuxième jour. *Déviation de la commissure droite des lèvres vers l'oreille de ce côté*, pupilles naturelles, délire sourd, point de réponses. (Vésicatoire à la nuque.)

Vingt-troisième jour. Sensibilité plus obtuse ; cependant la malade continue à recouvrir machinalement les parties de son corps exposées à l'air ; pouls fréquent, langue toujours humide.

Vingt-quatrième jour. Point de changement. (Inf.

de mélisse, 18 gr. de musc en 3 pilules, lav. camphré, sinap. matin et soir.)

Vingt-cinquième jour. Paupières fermées, pupilles resserrées, immobiles, *les bras offrent parfois de la résistance quand on veut les étendre*, ils conservent la position qu'on leur donne; la sensibilité est encore plus obtuse, la respiration se ralentit et la malade meurt dans la journée.

Autop. cadav. Tête. Arachnoïde de toute la surface du cerveau opaque et épaissie à sa base, vers les nerfs optiques et la protubérance annulaire; sérosité lactescente infiltrée dans le réseau de la pie-mère; ventricules remplis de deux onces à peu près de liquide de même nature, arachnoïde qui les tapisse couverte partout de villosités très apparentes. Protubérance annulaire ramollie diffluente également partout, de couleur jaunâtre homogène: point d'épanchement sanguin.

Poitrine. Adhérence cellulaire des plèvres costale et pulmonaire des deux côtés; feuillet du péricarde qui recouvre le cœur épaissi par plaques opaques.

Abdomen. Surface péritonéale, surtout celle de l'épiploon, couverte partout de tubercules granuleux en suppuration; adhérence de l'épiploon aux intestins.

§. I. Il n'est guère possible de trouver plus de ressemblance entre deux observations qu'entre celle-ci et la précédente. La dernière malade, de même âge à peu près que l'autre, comme elle faible, d'un tem-

pérament lymphatique, a comme elle un enfant. A la suite de ses couches, elle commet des imprudences répétées : il en résulte une inflammation chronique de toutes les membranes séreuses (je dis de toutes, quoique les plèvres n'y aient pas participé, parce qu'étant transformées en tissu cellulaire, elles n'existaient plus comme membranes séreuses) et de l'arachnoïde en particulier; cette inflammation est suivie également de celle du cerveau : seulement, chez la dernière malade, l'affection de l'arachnoïde étant plus intense, comme le prouvent les détails de l'ouverture du corps, elle a été la maladie principale, celle dont les symptômes ont, pour ainsi dire, masqué tous les autres; c'est à elle que vous rapporterez cette céphalalgie ancienne, violente, opiniâtre, la stupeur, l'assoupissement, la perte de connaissance, le délire sourd, les cris continuels, le serrement des mâchoires : ces derniers symptômes sont ceux de l'hydrocéphale aiguë. Ce n'est que quatre jours avant la mort qu'on remarque un commencement de véritable paralysie, la déviation de la commissure droite des lèvres; car, malgré la roideur des membres, la malade se servait également bien de ses deux bras pour se recouvrir; ensuite, la sensibilité devint plus obtuse, le dernier jour on eut de la peine *à étendre les bras*, etc. : l'affection de la protubérance annulaire n'est donc survenue probablement que dans les derniers jours de la vie, encore les symptômes ont-ils été obscurcis par ceux de l'arachnoïdite. Ceux de la péritonite ont aussi été peu appa-

rens, par la même raison; cependant, vous avez pu remarquer que l'abdomen était sensible à la pression.

§. II. En attendant que nous examinions les inflammations chroniques de l'arachnoïde, et les caractères auxquels on peut en retrouver les traces après la mort, comparez les granulations qui couvraient la surface de l'arachnoïde des ventricules chez cette malade, chez celle de M. Cruveilhier (note, page 101), et chez l'homme de l'Observation n° 3, aux granulations fines, blanchâtres, qui couvraient la surface des intestins dans l'Observation précédente; vous verrez que c'est toujours la même altération plus ou moins prononcée; et vous ne pouvez pas douter que ces granulations du péritoine ne soient le résultat d'une inflammation chronique.

N° 11.

45 ans, étourdissemens, paralysie de la langue, engourdissement, puis paralysie du côté *gauche*, enfin des deux côtés; mort le quatrième jour. — *Ramollissement de la partie inférieure de la protubérance annulaire.*

Richard (Paul), âgé de 45 ans, papetier, d'une faible constitution, éprouva, le 8 février 1818, des étourdissemens, des bourdonnemens dans les oreilles; le 9, la parole devint difficile; le 10, il entra à l'Hôtel-Dieu. Aux symptômes précédens se joint un peu d'engourdissement dans le côté gauche du corps.

Le 11, perte complète de la parole et des mouvemens du côté gauche, face pâle, syncopes fréquentes, désespoir; saignée du pied qu'on renouvelle le soir. Les symptômes s'aggravent, on applique des sinapismes aux pieds, on les réapplique la nuit et le lendemain, jusqu'à quatre fois; on met des vésicatoires aux cuisses. Malgré l'emploi de ces moyens énergiques, la paralysie devient générale, le malade perd connaissance; mort dans la journée du 12, quatrième jour de l'invasion.

Autop. cadav. Les vaisseaux du cerveau étaient fort injectés; la face inférieure de la protubérance cérébrale était ramollie dans une étendue égale au volume d'une aveline. Ce ramollissement, semblable à de la bouillie, ne contenait point de sang soit épanché, soit infiltré.

Le cœur était sain; il existait deux pleuro-pneumonies avec fausses membranes récentes.

§. I. Ici, la paralysie n'est point accompagnée de contraction musculaire, de mouvemens des muscles, etc.; mais elle est remarquable par sa marche lente, progressive et régulière, malgré le traitement le plus énergique et le mieux indiqué; et je vous ai déjà fait remarquer que cette augmentation lente et toujours croissante de la paralysie était un des caractères qui pouvaient la faire distinguer de celle qui est produite par une hémorrhagie du cerveau. (*Voy.* Lettre 1re, Obs. nos 7, 12, 15, 20, et Lettre 2, Obs. n° 2.)

Le siége de la maladie, à la partie inférieure de la

protubérance annulaire, explique parfaitement comment une altération de l'étendue d'une aveline a pu produire une paralysie des côtés du corps ; vous remarquerez que le malade avait conservé toute son intelligence, puisqu'il se désespérait, et qu'il ne perdit connaissance que dans les derniers momens de la vie. La maladie avait son siége hors des hémisphères du cerveau. Je profiterai encore de cette occasion pour vous faire observer combien il eût été facile, après avoir examiné le cerveau et le cervelet avec le plus grand soin, de ne pas remarquer une altération si peu étendue, qui ne se distinguait du reste du cerveau par aucune coloration particulière. Et, dans ce cas, n'eût-on pas considéré avec une apparence de raison cette maladie comme purement nerveuse ou *essentielle?* (*Voy.* l'Obs. n° 9.)

Vous avez dû remarquer qu'il existait une pleuropneumonie qui n'a été décélée pendant la vie par aucun symptôme extérieur.

N° 12.

Paralysie augmentant progressivement ; mort le onzième jour. — *Ramollissement considérable de la protubérance annulaire.* (Biblioth. médic., t. 33, p. 222.)

M. Germain rapporte une observation tout-à-fait semblable à la précédente pour les symptômes, la nature et le siége de l'altération. Quoiqu'elle manque de détails suffisans, on voit cependant que l'hémiplégie, qui n'occupait d'abord que le côté droit

se développa peu à peu, et ne devint complète qu'au bout de sept ou huit jours; alors se manifestèrent tous les symptômes d'une apoplexie *très intense* : déjections alvines involontaires, pouls inégal aux deux bras, etc.; la mort survint deux ou trois jours après le onzième de l'invasion.

« On trouva un ramollissement considérable de la protubérance annulaire. »

Quoique M. Germain ne dise pas positivement que la paralysie ait, dans les derniers jours, affecté les deux moitiés du corps, c'est, je crois, ce qu'il faut entendre par apoplexie *très intense*.

Dans ces deux dernières observations, et dans celle de M. Bricheteau, L. 1re, n° 17, la maladie de la protubérance annulaire existait seule et sans complication; les symptômes ont offert entre eux la plus grande ressemblance; ils ont été très prononcés, très simples et faciles à expliquer. Dans celle du n° 10, la même altération occupait la même partie, mais elle était compliquée de plusieurs autres maladies, entre autres, d'une inflammation de l'arachnoïde, dont les symptômes étaient très intenses; ceux, au contraire, du ramollissement ont été très obscurs et difficiles à saisir. Cette différence s'explique d'elle-même; mais j'ai cru que je devais vous en montrer la cause, pour vous mettre en garde contre une objection qu'on n'a que trop souvent fait valoir pour jeter de la défaveur sur l'anatomie pathologique.

N° 13.

60 ans, perte de l'intelligence, diminution de la sensibilité, flexion des membres, rigidité des muscles, surtout à *gauche*, strabisme, catalepsie; mort six jours après l'entrée de la malade. — *Ramollissement en bouillie de la base du lobe postérieur* droit. (Obs. communiquée par M. Martin Solon, chef de clinique interne à l'Hôtel-Dieu.)

La nommée Girard, âgée de 68 ans, d'une constitution grêle, fut déposée à l'Hôtel-Dieu, le 3 janvier 1820, sans qu'on ait donné sur sa maladie aucun renseignement. Habituellement couchée sur le dos et immobile, elle avait presque entièrement perdu l'intelligence et la sensibilité; cependant, quand on pinçait la peau des membres, du côté *droit* surtout, elle donnait des signes de douleur; quand on lui demandait pourquoi elle se plaignait, elle répondait qu'on la pinçait. Elle montrait sa langue assez facilement. La commissure *droite* des lèvres était tirée vers l'oreille; les yeux se dirigeaient également à *droite*. Les membres étaient *fléchis* et les muscles dans un état de *rigidité* remarquable; mais on observa que le bras et la jambe du côté *droit* exécutaient des mouvemens spontanés, tandis que ceux du côté gauche étaient immobiles et dans un état de contraction permanente, les pupilles ne se resserraient pas par l'action de la lumière. La res-

piration était lente, le pouls petit, fréquent, l'excrétion de l'urine involontaire. (Ventouses scarifiées vers l'occiput, infusion d'arnica.)

Les 3, 4 et 5 janvier, même état. (Vésicatoire à la nuque, huile de ricin, ℥ j.)

Le 6 janvier, diminution de la sensibilité de la peau et de la rigidité musculaire. Les membres conservent la position qu'on leur donne. (Arnica, huile de ricin.)

Le 7 et le 8, point de changement; le strabisme persiste.

Le 9, mort dans la journée, sixième jour de son entrée, sans apparition d'aucun phénomène nouveau.

Autop. cadav. La substance cérébrale n'était point injectée, l'hémisphère gauche, ainsi que les lobes antérieur et moyen du droit, avaient l'aspect et la consistance de l'état sain; mais la base du lobe postérieur *droit* était ramollie dans l'étendue d'un pouce dans tous les sens, et convertie en une substance homogène semblable à de la bouillie; il n'y avait nulle part de sang épanché; les ventricules latéraux contenaient un peu de sérosité; les viscères thoraciques étaient sains; l'estomac offrait quelques plaques rouges.

§. I. Nous ne savons rien sur ce qui a précédé l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu; c'est un inconvénient attaché à la pratique des hôpitaux. A son arrivée, les membres étaient fléchis, les muscles violemment contractés : ces symptômes, les plus carac-

téristiques du ramollissement, ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie; mais on aurait pu croire qu'elle occupait les deux côtés du cerveau ou la protubérance annulaire. Toutefois le côté droit était plus sensible que le gauche; la commissure des lèvres était tirée à droite, et les membres de ce côté exécutaient des mouvemens spontanés, tandis que ceux du côté gauche étaient immobiles, et dans un état de contraction permanente, ce qui pouvait faire croire que la maladie avait principalement son siége dans l'hémisphère droit.

Vous avez dû remarquer que, trois jours après l'entrée de la malade, la rigidité des muscles a diminué, et que les membres conservaient la position qu'on leur donnait. Nous avons déjà vu ce symptôme cataleptique dans l'Observation n° 10.

N° 14.

50 ans, ivrognerie, terreur, illusion d'optique, aphonie, tremblemens convulsifs, contraction tétanique, accès spasmodiques intermittens; mort le sixième jour. — *Injection considérable des vaisseaux du cerveau et de ses membranes; ramollissement de la voûte à trois piliers, des cuisses et du corps de la moelle allongée, épanchement de sérosité dans les ventricules.* (Morgagni, Epist. LXII, n° 5.)

Un maître vidangeur, âgé d'environ 50 ans, robuste, bien coloré, d'une constitution pléthorique,

buvant très souvent jusqu'à l'ivresse, travaillait la nuit, suivant l'usage, aux fosses d'aisance de l'hôpital. Dans un moment où il se trouvait seul, il crut voir un spectre couvert de quelque chose de blanc, et fut pris aussitôt de tremblemens de tout le corps, avec distorsion de la bouche. Ses garçons, en revenant, le trouvèrent dans cet état, et le portèrent dans son lit. On lui donna des antispasmodiques, des cordiaux; et sitôt que les tremblemens furent passés, que le pouls et les forces eurent repris un peu de consistance, on lui tira une demi-livre de sang du bras, et le matin, le pouls ayant pris de l'expansion, étant devenu fébrile, on lui en tira autant de l'autre bras. Le lendemain, saignée du pied, suivie d'un léger soulagement, mais de peu de durée. Après les deux premières, le soulagement avait également été fort court. Le sang était noir, écumeux, surtout celui de la première, le caillot un peu dur, la sérosité peu abondante. La fièvre persista, et les convulsions *toniques de tout le corps* firent bientôt place aux convulsions *cloniques*. (1)

Depuis le moment où il avait dit à ses ouvriers ce qui lui était arrivé, le malade avait perdu la parole; cependant il était facile de voir qu'il re-

---

(1) Morgagni entendait par convulsion tonique une contraction convulsive et permanente des muscles, comme dans le tétanos; et, par convulsion clonique, le même symptôme intermittent revenant par accès, avec secousse, comme dans l'épilepsie.

connaissait parfaitement ceux qui étaient présens. Il indiquait du geste une douleur gravative et très incommode de la tête; il mourut au bout de six à sept jours, en février 1747.

Les doigts étaient très roides.... Les vaisseaux les plus déliés de l'arachnoïde étaient distendus comme par une injection, ainsi que ceux des ventricules, de la substance cérébrale et de la moelle épinière. Les ventricules latéraux contenaient une quantité assez considérable de sérosité transparente. Le cerveau et le cervelet avaient leur consistance naturelle, mais la voûte à trois piliers était *molle*, les cuisses de la moelle allongée et son tronc étaient aussi *mous :* ce dernier ne l'était qu'à l'intérieur seulement.

§. I. Après les observations de Morgagni, que nous avons rapportées, et surtout la première, qui est si remarquable, après la description la plus exacte des symptômes et de l'altération pathologique, j'ai peine à comprendre comment ce judicieux observateur a pu, dans le paragraphe suivant, se jeter dans les hypothèses les plus étranges pour expliquer les phénomènes de la maladie. « Cette histoire, dit-il, nous montre ce que peut la terreur, même la moins fondée, etc. » Il croit que c'est la frayeur qui a produit les convulsions; que ces convulsions, en troublant le mouvement des *esprits*, ont retardé le cours du sang dans les vaisseaux; de là l'épanchement de sérosité, qui est à son tour devenu cause de convulsions. Il sup-

pose encore que cette sérosité a pu venir de la rupture de quelques vésicules du plexus choroïde, comprimées par la même cause, etc. Il examine si ce ne serait pas plutôt la présence d'une trop grande quantité de sang, ou bien l'absorption de particules âcres, résultant des émanations des fosses d'aisance, qui auraient produit les convulsions, etc. Et ce qu'il y a de bien singulier parmi toutes les hypothèses qu'il passe en revue, il ne fait pas même mention du ramollissement du cerveau et de l'injection remarquable des membranes. Il est évident cependant que cette terreur panique, ces illusions d'optique n'étaient que les premiers symptômes de l'affection du cerveau et des membranes, puisqu'elles ont bientôt été suivies de la perte de la parole, de convulsions, puis de roideur tétanique des membres, puis enfin d'accès intermittens. Si vous comparez ces symptômes à ceux des Obs. n[os] 3, 4, §. II et V, dans lesquelles nous avons trouvé du pus dans la substance cérébrale ramollie, et des traces d'une inflammation aiguë des méninges, vous verrez qu'ils sont tout-à-fait semblables. Si vous réfléchissez ensuite à cette injection remarquable des vaisseaux les plus déliés de l'arachnoïde et de la substance cérébrale, et à la désorganisation de cette dernière, vous serez convaincu qu'il ne manque, pour que la similitude soit parfaite, que d'avoir rencontré dans ce ramollissement quelques gouttes de pus déjà réunies en foyer.

Les symptômes ont été également prononcés à droite

et à gauche, l'injection vasculaire et l'altération du cerveau offraient la même disposition.

N° 15.

Diminution des facultés intellectuelles, hémiplégie à *gauche*, convulsions à *droite*, rémission, nouvelle attaque; mort. — *Arachnitis chronique*, *ramollissement de l'hémisphère* gauche, *épanchement considérable dans le ventricule* droit. (Coindet, *Mémoire sur l'Hydrencéphale*, page 47, Obs. 2 de la note.)

Un jardinier âgé de 60 ans, qui, à la suite d'une fièvre catharrhale, était demeuré faible et languissant, tomba ensuite dans un état d'imbécillité qui augmenta lentement. Indifférent à tout ce qui se passait autour de lui, il avait des absences fréquentes avec perte de la mémoire; enfin il eut de violens maux de tête avec coloration de la figure. (Applic. de sangs.) Dans la nuit du même jour, attaque d'apoplexie, avec hémiplégie du côté *gauche* et fortes convulsions du *droit*. Le lendemain, diminution des symptômes. Trois jours après, nouvelle attaque, mort.

A l'autopsie cadavérique, on trouva entre l'arachnoïde et la pie-mère une substance gélatineuse qui remplissait les circonvolutions cérébrales; l'hémisphère *gauche* était dans un état de ramollissement remarquable; l'hémisphère *droit* était sain, le ventricule gauche ne contenait pas une goutte d'eau,

tandis que le droit en était distendu ainsi que le canal de la moelle épinière.

§. I. Vous voyez les symptômes d'arachnitis chronique aller en angmentant jusqu'au moment de l'attaque d'*apoplexie* pendant laquelle le côté droit a éprouvé de fortes convulsions, et c'était l'hémisphère gauche qui était désorganisé. L'hémiplégie du côté gauche pourrait s'expliquer par l'épanchement considérable qu'on a trouvé dans le ventricule droit, tandis que le gauche ne contenait pas une goutte d'eau. Cependant, n'attachez pas trop d'importance à l'explication de ces symptômes, parce qu'il pourrait bien s'être glissé quelque erreur dans leur description, d'ailleurs trop peu détaillée. S'étant manifestés la nuit, et s'étant dissipés le lendemain, ils n'ont pu être observés par aucun homme de l'art, et M. Coindet n'étant pas le médecin ordinaire du malade, ne les a recueillis que de seconde source. Mais, ce qui mérite plus d'attention, c'est l'opinion de l'auteur sur la nature de cette maladie. Il la range sans hésiter parmi les céphalites ou inflammations du cerveau. (*Voy.* p. 64, ouv. cit.) Vous noterez aussi qu'entre les deux attaques il y a eu une rémission presque complète pendant trois jours, et qu'on n'observe pas de ces alternatives dans les apoplexies.

§. II. Je vous ai dit, au commencement de la première Lettre, que je ne regardais comme résultat *évident* d'une maladie de la substance cérébrale, que les ramollissemens partiels, parce qu'ils nous permettaient de comparer une partie désorganisée avec

une autre qui était dans l'état naturel, et nous donnaient par là la certitude que cette altération ne tenait pas à un commencement de décomposition, ou à un état de cachexie générale des solides. Je pense toujours que, quand le ramollissement est général, on ne peut, sans de puissantes raisons, le regarder comme un résultat pathologique. Cependant les altérations que peut subir la substance cérébrale sont encore si peu connues, que je crois devoir vous rapporter quelques observations dans lesquelles le ramollissement était général, afin que vous puissiez juger par vous-même de l'importance qu'il faut y attacher.

N° 16.

Perte de la parole; mort au bout de deux jours. — *Matière sanieuse entre l'arachnoïde et le cerveau, arachnoïdite, mollesse extrême du cerveau, du cervelet et des nerfs.* (Morgagni, *Epist.* 5, n° 11.)

Un cordonnier, grand ivrogne, perdit tout à coup la parole, et mourut au bout de deux jours; on ne put avoir d'autres renseignemens sur sa maladie. Morgagni, qui en fit l'ouverture, rapporte, entre autres choses, qu'il s'écoula de la sérosité du canal vertébral; il en trouva beaucoup sous l'arachnoïde, mais comme gélatineuse. Une espèce de matière blanche était répandue à la surface des lobes antérieurs du cerveau : examinée avec soin, quoique

sans odeur, elle fut jugée de la *véritable sanie*, infiltrée dans l'épaisseur de la pie-mère; la substance du cerveau, autant qu'on peut en juger, était saine. L'arachnitis suivait facilement la main qui la détachait; le cerveau, le cervelet et les nerfs étaient d'une extrême mollesse. Les plus petits vaisseaux étaient distendus par du sang, ainsi que les différens sinus; enfin, la glande pinéale contenait quelques corps un peu durs.

Ce que dit Morgagni de cette matière blanche, répandue à la surface des lobes antérieurs du cerveau, et qu'il regarde comme de la *sanie* infiltrée dans l'épaisseur de la pie-mère, la mort prompte du malade qui a perdu tout à coup la parole, l'injection considérable des plus petits vaisseaux, me portent à croire que cette altération était, comme tous les autres ramollissemens, le résultat d'une inflammation, et non un effet cadavérique, quoiqu'il parle à la fois de mollesse du cerveau, du cervelet et des nerfs.

N° 17.

Accouchement laborieux, symptômes de péritonite commençante, air stupide, étonné, symptômes gastriques, émétique, convulsions, délire violent, perte de connaissance, insensibilité générale; mort au bout de trois jours. — *Mollesse diffluente de tout le cerveau, trace de péritonite, inflammation violente de l'estomac, altération des organes de la génération.*

Mademoiselle L***, âgée de 23 ans, d'une

bonne constitution, entra à l'Hôtel-Diêu, salle Sainte-Jeanne, n° 15, le 29 mars, pour une prétendue hydropisie, pour laquelle on lui avait, disait-elle, fait prendre beaucoup de médicamens. Soupçonnant une grossesse malgré les dénégations de la malade, et voulant explorer l'état de l'utérus, nous trouvâmes, le docteur Patissier et moi, les jambes et les cuisses d'un fœtus à l'ouverture de la vulve. Je n'entrerai pas dans les détails de cet accouchement, il suffit que vous sachiez qu'il ne fut terminé qu'après trois quarts d'heure de manœuvres pénibles, parce que l'orifice de l'utérus, contracté sur le col du fœtus, retenait la tête; le placenta suivit l'enfant, qui pouvait avoir cinq à six mois. Nous ne pûmes avoir aucun détail sur ce qui avait précédé l'entrée de la malade, attendu qu'elle s'obstina, même après l'accouchement, à nier sa grossesse. Il était probable qu'on avait exercé des manœuvres coupables; celles de l'accouchement avaient été longues; mais la malade perdait beaucoup de sang : on se borna à quelques boissons calmantes. Le lendemain, abdomen douloureux, surtout dans la région pubienne, lochies peu abondantes, face altérée (douze sangsues à la vulve); le soir, augmentation des symptômes (fomentations émollientes; laudanum, quinze gouttes; lavemens avec têtes de pavots, sinap. aux pieds); nuit un peu plus calme.

Troisième jour, au matin, face décolorée, un peu jaune; traits altérés, un peu grippés; œil inquiet, air

étonné, comme stupide; langue muqueuse, ventre plus souple, moins douloureux (émét. 2 g.). Le soir tout était changé, la malade n'avait presque pas vomi; mais elle avait fait des efforts considérables, suivis bientôt de mouvemens convulsifs et de délire violent. Je la trouvai dans un état de stupeur et de résolution générale portés au dernier degré; elle ne donnait aucun signe de connaissance ni de sensibilité, et n'articulait pas le moindre son (pédil. sinap.; plus tard, sinapism. aux pieds). Mort dans la nuit.

Autopsie cadavérique trente heures après la mort. Le cerveau un peu décoloré avait entièrement perdu sa consistance; il était partout d'une mollesse diffluente.

Poitrine, rien de remarquable.

Abdomen, péritoine qui recouvre la matrice, la vessie, le colon descendant et le rectum, parsemé de petites plaques d'un rouge vif; dans le fond du bassin, deux ou trois cuillerées d'une sérosité sanguinolente, dans laquelle nageaient quelques filamens rouges, semblables à quelques gouttes de sang délayées dans de l'eau; le reste du péritoine avait l'aspect naturel. Estomac distendu par une grande quantité de gaz, et beaucoup de bile pure semblable à celle qui était contenue dans la vésicule. Membrane muqueuse, depuis le cardia jusqu'à environ 5 pouces au dessous, vers la grande courbure, d'un rouge vif et comme boursoufflée, et, vers le pylore, dans

une étendue presque égale, aussi injectée et aussi épaisse, mais comme marbrée et d'un brun foncé. Dans les points où elle était blanche, elle avait moitié moins d'épaisseur; parties génitales externes très gonflées, et d'un rouge foncé; muqueuse du vagin épaisse et injectée; surface interne de la matrice d'un rouge violet; vessie distendue par une énorme quantité d'urine; canal de l'urètre tuméfié, oblitéré par plusieurs caillots de sang.

§. I. Toutes les circonstances de cette observation sont fort remarquables; mais, pour ne nous occuper ici que de l'état de mollesse diffluente de tout le cerveau, faut-il l'assimiler aux altérations qui précèdent? A-t-il été la cause des symptômes observés depuis l'administration de l'émétique? Quelques uns de ceux de la veille (œil inquiet, air étonné, comme stupide) n'étaient-ils que le prélude de ceux dont l'émétique n'aurait que hâté le développement? ou bien cette espèce de liquéfaction du cerveau n'était-elle que commençante? C'est une question que je vous laisse à décider; mais avant je vous prie de relire l'Observation de la malade n° 9, qui a la plus grande ressemblance avec celle-ci, et de remarquer que l'ouverture du corps a été faite trente heures après la mort, dans une saison où la température est ordinairement peu élevée.

§. II. Vous pouvez voir aussi dans le *Sepulcretum Anatomicum* de Bonnet, Liv. 1er, sect. 13, Obs. 1re, un cas dans lequel la substance du cerveau, et sur-

tout celle des corps striés, était tout-à-fait comme de la boue, et si molle, que quand on voulait l'inciser, elle coulait, pour ainsi dire, à la manière d'un liquide. Mais les autres circonstances de cette observation sont trop équivoques pour qu'on puisse en tirer quelques éclaircissemens.

Dans les observations qui vont suivre, la maladie avait exclusivement son siége dans le corps calleux, le septum lucidum et la voûte à trois piliers. Vous verrez que leurs symptômes présentent un aspect particulier, qu'ils diffèrent essentiellement de ceux des observations précédentes par l'absence de la paralysie, seul symptôme que jusqu'à présent nous ayons toujours observé. En un mot, ces observations ont toutes un air de famille.

N° 18.

26 ans, céphalalgie; douleur pleurétique à *gauche*, suppression de règles, retour des accidens, somnolence; engourdissement, diminution de la sensibilité, réponses difficiles; mort le seizième jour de la rechute. — *Arachnoïdite chronique, ramollissement du corps calleux et de la voûte à trois piliers, destruction du septum lucidum, sérosité lactescente dans les ventricules, pleurésie chronique à* gauche. (Observation communiquée par M. Martin Solon.)

Leger (Marie), âgée de 26 ans, éprouva, sans cause connue, vers le 5 ou 6 juillet 1820, des

frissons, une céphalalgie générale très vive, et perdit l'appétit. Huit jours après, elle se plaignit d'une douleur fixe au côté *gauche* de la poitrine; les crachats ne furent jamais sanguinolens; peu à peu ces symptômes se dissipèrent sans aucun traitement. Au bout de six semaines, les règles parurent à l'époque ordinaire; mais, dans la journée, elles se supprimèrent par suite d'une frayeur subite. Depuis ce moment la céphalalgie revint, accompagnée de nausées et de constipation. Huit jours après (6 septembre), la malade entra à l'Hôtel-Dieu.

Céphalalgie générale très vive et continue, sans aucun autre symptôme d'affection cérébrale. Anorexie, nausées, langue blanche, abdomen indolent, pouls et chaleur dans l'état naturel (décoction de tamarin).

Le 7, ipécacuanha qui produit des vomissemens bilieux assez abondans.

Le 8, persistance de la céphalalgie, nausées moins fréquentes, peu de fièvre (limonade, pédiluve sinapisé, lavement).

Le 9 et le 10, point de changement dans les symptômes ni dans le traitement.

Le 11, augmentation de la céphalalgie et de la chaleur de la peau, constipation opiniâtre (vésicatoire à la nuque).

Le 12, réponses lentes, pouls un peu fréquent.

Le 13, affaissement général, lenteur des mouvemens, chaleur modérée, pouls peu fréquent. Le soir, chaleur très forte, rougeur très intense de la

face, pouls extrêmement fréquent; cependant persistance de la somnolence et de l'affaissement.

Le 14, somnolence encore plus prononcée, sensibilité obtuse, réponses très difficiles, fréquence extrême du pouls, chaleur de la peau et mobilité des pupilles, comme dans l'état naturel (tamarin et kk., julep antispas., extrait de kk., lavement camphré, vésicat. sur la tête.) Mais le râle survient, et la malade expire dans la journée, seizième jour de la rechute.

Autop. cadav. Embonpoint assez prononcé.

Tête. Arachnoïde des hémisphères, opaque et épaissie dans plusieurs points, celle qui recouvre le processus cérébelleux supérieur, très opaque, et la pie-mère sous-jacente infiltrée d'un fluide jaunâtre. Même état de l'arachnoïde et de la pie-mère, vis-à-vis de la protubérance annulaire, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. Dans les ventricules latéraux, deux ou trois onces de sérosité lactescente. Arachnoïde des ventricules ni épaissie, ni granuleuse. Concrétions terreuses dans les plexus choroïdes. Portion antérieure du corps calleux, et voûte à trois piliers, réduites en une espèce de bouillie blanchâtre, homogène, sans consistance; cloison transparente diffluente et presque entièrement détruite; point d'injection vasculaire ni d'épanchement sanguin.

Poitrine. Plèvre *gauche*, couverte dans toute son étendue de granulations grisâtres de consistance médiocre; poumons gorgés de sang, le gauche surtout.

Abdomen. Membrane muqueuse gastro-intestinale ni injectée, ni ulcérée.

§. I. Deux mois avant d'entrer à l'hôpital, la malade éprouva une céphalalgie générale très vive, etc.; et après la mort nous trouvâmes l'arachnoïde de la surface du cerveau et du cervelet opaque, épaissie par plaques. Elle s'est plaint d'une douleur fixe au côté gauche de la poitrine, et la plèvre gauche était couverte de granulations grisâtres.

Vous voyez ici, comme dans les Observat. nos 9 et 10, une inflammation chronique et simultanée de plusieurs membranes séreuses, et des symptômes qui, bien que peu prononcés, coïncident parfaitement avec les altérations organiques. (Comparez les granulations de la surface de la plèvre à celles de l'arachnoïde, dans les Obs. A, p. 101, nos 3, 9 et 10.) Après une suppression de règles, retour de la céphalalgie, diminution de la sensibilité et des facultés intellectuelles, somnolence qui augmente jusqu'à la mort. Les ventricules latéraux, dont l'arachnoïde n'est ni épaissie, ni granuleuse, contiennent deux ou trois onces de sérosité lactescente qui atteste une inflammation aiguë, en même temps la substance cérébrale qui environne les ventricules est réduite en une bouillie blanchâtre, etc. Vous voyez une inflammation aiguë qui s'ajoute à une chronique; celle-ci nous explique parfaitement les premiers accidens; c'est à l'autre qu'il faut *principalement* attribuer la rechute et la nouvelle série de symptômes qui en a été la suite.

Ces symptômes ont beaucoup plus d'analogie avec ceux de l'hydrocéphale, qu'avec ceux de l'apoplexie. Cependant vous avez dû remarquer que, jusqu'à présent, la paralysie plus ou moins étendue, plus ou moins complète, était le seul symptôme constant des ramollissemens du cerveau; nous nous sommes même spécialement attachés à distinguer cette paralysie de celle qui est produite par l'apoplexie. Nous l'avons observée dans les cas où l'affection du cerveau avait été précédée d'inflammation aiguë ou chronique de l'arachnoïde; nous l'avons retrouvée au milieu des symptômes les plus irréguliers, les plus compliqués; et, dans tout le cours de cette observation, nous n'avons rien observé qui y ressemblât. Ne croyez pas cependant que cette *espèce d'exception* soit *une anomalie*, *une idiosyncrasie.*

§. II. Je dois encore vous faire remarquer une autre *irrégularité* : vous avez vu que la malade avait éprouvé une constipation opiniâtre, accompagnée d'anorexie, de nausées, de vomissemens, et cependant la membrane muqueuse gastro-intestinale n'était ni injectée, ni ulcérée; mais la langue était blanche, l'abdomen indolent, le pouls et la chaleur dans l'état naturel. Ces symptômes étaient donc sympathiques de l'affection cérébrale, comme cela arrive si souvent, et les symptômes d'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale manquaient. Plus on mettra de soin dans l'observation

des symptômes, plus on les trouvera d'accord avec les ouvertures de cadavre.

N° 19.

40 ans, fièvre, délire, mouvemens convulsifs, alternatives de prostration et d'excitation, de loquacité incohérente et de somnolence, pouls très variable, cris, sensibilité de l'abdomen, sécheresse de la langue, constipation; mort le seizième jour. — *Ramollissement du corps calleux et de la voûte à trois piliers, rougeur à la membrane muqueuse gastro-intestinale.*

Duchesne (Marie), âgée de 40 ans, journalière, grande et d'une constitution nerveuse, accoucha dans le mois d'août 1819, éprouva à la suite de ses couches divers accidens graves, et peu de temps après perdit son mari. Ce malheur lui causa beaucoup de chagrins, à la suite desquels elle eut vers la fin de mars 1820, c'est-à-dire sept à huit mois après sa couche, une forte fièvre accompagnée de constipation. Le 30 mars, à la fièvre se joignit un délire violent, et le 3 avril on l'apporta à l'Hôtel-Dieu (quinze sangsues à l'anus, un bain) : le soir le délire persiste (sangsues au cou); pendant la nuit, on est obligé de contenir la malade avec la camisole.

Le 4 avril, yeux brillans, fixes, propos incohérens, mouvemens convulsifs, pouls *fréquent*, langue *sèche et noirâtre*, ventre *indolent* (saignée du pied, un bain, émuls.). Le soir, agitation moindre

(nouvelle saign. du pied, la première ayant peu donnée) : nuit tranquille.

Le 5, pouls plus fréquent, plus serré; roideur musculaire générale (bains, émuls., musc, deux grains) : mieux dans la journée.

Le 6, face moins animée, persistance des autres symptômes (un bain, quatre grains de musc dans un julep).

Le 7, loquacité; la malade entend ce qu'on dit, et y répond quelquefois, mais refuse de boire et de sortir sa langue, qui est humide (affus. d'eau fraîche sur la tête) : le soir, elle demande un bain froid, puis de la tisane qu'elle refuse ensuite. Ses propos sont cependant assez suivis; plus d'agitation.

Le 8, peu de changement (affus., etc.).

Le 9, même loquacité incohérente : point de selles depuis l'entrée de la malade (bain, lav. purg., infus. de tilleul, julep avec musc, quatre grains).

Le 10, affaissement, somnolence (bain, sinap., etc.).

Le 11, douleurs générales, surtout au ventre; quand on le presse, la face se grippe : langue sèche, toujours incohérence des facultés intellectuelles; pouls un peu moins fréquent (dix sangs. à l'anus; lav. avec éther, 25 gouttes); état syncopal dans la journée (sinap. aux cuisses).

Le 12, affaissement extrême, refroidissement de la peau, pouls encore fréquent mais très variable; persistance des autres symptômes (tilleul, lav avec décoct. de kk. et 25 gouttes d'éther). Le soir,

variation extrême dans les symptômes, tantôt agitation violente, tantôt prostration voisine de la mort; quelquefois réponses assez justes (vésicat. aux cuisses qui ne prennent pas.)

Le 13, même état (même prescription; plus, un gros d'extrait de kk. dans une potion).

Le 14, pouls moins fréquent, somnolence, et par instant cris plaintifs et agitation; par accès, contraction des muscles des membres (sinap. aux genoux : même prescription; plus, un demi-gros de liqueur d'Hoffmann dans la potion). Mort le 15 avril, seizième jour de l'apparition des symptômes cérébraux.

Autop. cadav. Tête. Le cerveau était sain, à l'exception du corps calleux et de la voûte à trois piliers, qui étaient transformés en une espèce de bouillie blanchâtre, homogène, sans injection vasculaire, ni épanchement de sang. Arachnoïde partout dans l'état naturel.

Poitrine. Rien de remarquable.

Abdomen. Dans l'estomac et dans plusieurs circonvolutions de l'intestin grêle, quelques portions de membrane muqueuse, injectées et rouges, mais sans épaississement ni ulcération.

Je dois encore cette observation à M. Martin Solon, qui m'a donné si souvent l'occasion de vous faire remarquer son exactitude scrupuleuse et sa sagacité. (1)

---

(1) J'ai rapporté un grand nombre d'observations qui m'ont été communiquées par des élèves internes de l'Hôtel-Dieu, et j'aurai souvent encore l'occasion de faire usage de beaucoup d'autres;

§. I. Il est difficile d'analyser d'une manière satisfaisante l'histoire de cette maladie. Elle a offert tant d'irrégularité dans sa marche, d'inconstance dans ses symptômes et de complication dans son traitement qu'elle pourrait servir de type pour la description d'une fièvre ataxique ou même ataxo-adynamique dans un cadre nosologique; aussi a-t-elle reçu ces différentes dénominations. Je vous ai déjà fait obser-

---

je n'ai pu, jusqu'à présent, que citer leurs noms; mais j'éprouve le besoin de payer à mes anciens collègues une dette sacrée pour mon cœur, celle de la reconnaissance. Je n'oublierai jamais l'empressement avec lequel ils n'ont cessé de me communiquer les faits les plus précieux. J'ai dit précieux : ils le sont pour moi sous plus d'un rapport. J'ai vu la plupart des malades dont ces observations contiennent l'histoire : les notes ont été prises jour par jour par celui qui est chargé, après le médecin, de la responsabilité du service, qui a sans cesse les malades sous les yeux : personne n'est donc plus heureusement placé pour recueillir avec soin les moindres détails d'une maladie. D'un autre côté, aucun fait ne mérite autant de confiance sous le rapport de l'authenticité. Les malades sont observés en même temps par un grand nombre d'élèves; les ouvertures de corps sont faites publiquement, et ordinairement les observations sont lues devant les élèves. Enfin, les internes de l'Hôtel-Dieu, pour ne rien perdre des faits importans disséminés dans un si vaste hôpital, se réunissent un jour de chaque semaine pour lire en commun les observations les plus remarquables que chacun a recueillies. Là, les moindres erreurs peuvent être relevées, les moindres omissions réparées : ce n'est qu'après cette épreuve que l'observation est consignée sur un registre, que tous peuvent consulter au besoin. Ici, l'amour-propre du praticien n'est intéressé ni à pallier un revers, ni à soutenir un système. Je le demande, les observations consignées dans les auteurs offrent-elles autant de garanties contre l'erreur ou la prévention?

ver que cette irrégularité était fort commune dans le cours des maladies qui nous occupent; mais vous avez vu qu'elle s'expliquait facilement par les complications qui existaient, par l'influence du traitement, etc. (*Voyez* surtout l'Obs. n° 7). Ici, vous voyez que pendant les cinq ou six premiers jours, on n'emploie que les saignées, les bains, les affusions fraîches sur la tête, et la maladie suit une marche assez régulière; l'amélioration est frappante. Le deuxième jour, mieux dans la journée; le troisième, face moins animée; le quatrième, langue humide, intelligence, propos suivis, point d'agitation; le cinquième, même état, etc. Mais on donne en même temps le musc, on y ajoute des lavemens avec l'éther, puis avec le quinquina et l'éther; enfin on donne le kina à l'intérieur: en même temps on applique dix sangsues à l'anus, des vésicatoires aux cuisses, suivant qu'on remarque de l'agitation ou de la prostration, et les symptômes suivent assez exactement les oscillations du traitement.

Vous avez vu que la langue était tantôt sèche et noire, tantôt blanche et humide; or vous savez que la sécheresse de la langue disparaît ordinairement dans le bain; les affusions froides sur la tête produisent surtout cet effet d'une manière très prompte et très marquée. Immédiatement après les premières ondées d'eau froide, le malade recouvre l'intelligence; et quand on le tire du bain, on trouve sa langue humide et visqueuse; cet effet se soutient encore plusieurs heures après. Vous avez aussi vu

que le ventre avait été tantôt indolent, tantôt sensible à la pression. C'est une remarque que nous aurons souvent l'occasion de faire dans les cas de complication, d'affections abdominales et cérébrales; cette différence tient à l'état du cerveau dans le moment où l'on explore l'abdomen. Si dans ce moment l'organe qui perçoit les sensations jouit de ses facultés, le malade donne des signes de douleur, sa figure se grippe, etc. Dans le cas contraire n'en ayant pas la conscience, il ne peut la manifester par aucun phénomène extérieur. La variation observée dans ces deux symptômes s'explique donc d'une manière toute naturelle, par l'effet des bains et des affusions froides. Ainsi, sans prétendre que l'étonnante variabilité des symptômes de cette maladie soit due exclusivement au traitement, il faut tenir compte du rôle important qu'il a joué.

Si vous examinez ces symptômes dans leur ensemble, vous leur trouverez une ressemblance frappante avec ceux de l'hydrocéphale aiguë : *yeux brillans et fixes*, *propos incohérens*, *pouls irrégulier*, *cris plaintifs*, *agitation suivie de somnolence*, *variation de la couleur de la face*, *et de l'état des facultés intellectuelles*, etc.; cependant nous n'avons pas trouvé d'épanchement dans les ventricules : mais ce qui est fort remarquable, la substance cérébrale qui les environne était désorganisée comme dans l'observation précédente; et ce qui ne l'est pas moins, parmi tous ces symptômes, vous n'en trouverez aucun qui ait

quelque rapport avec ceux de l'apoplexie. Il n'est nulle part question de paralysie même incomplète ou partielle.

N° 20.

30 ans, symptômes d'hydrocéphale aiguë ; mort le dixième jour. — *Ramollissement de la voûte à trois piliers et de la cloison transparente.* (Abercrombie, the Edinburg. Med. and surg. journ. july 1818, Obs. 4.)

R...., âgée de 30 ans environ, éprouva le 16 juin 1816, un violent mal de tête qui s'étendait d'une tempe à l'autre, avec agitation considérable, contraction des pupilles, sensibilité des yeux à la lumière, pouls mou et faible, soixante pulsations ; pendant trois jours, saignées générales et locales, forts purgatifs, applications froides sur la tête, vésicatoires ; mieux marqué, seulement oppression considérable, désir du repos, pouls de 80 à 90.

Le 22, parole embarrassée, pouls 112 ; jusqu'au 25, augmentation de la stupeur, réponses tardives mais justes, pouls variable.

Le 26, coma, pupilles dilatées, mort dans la nuit (dix jours après le début).

La voûte à trois piliers et la cloison transparente étaient réduites en une masse blanche et pulpeuse ; le reste était sain.

Vous voyez ici la même altération que dans l'observation précédente, occupant les mêmes parties, éga-

lement sans épanchement dans les ventricules, produisant à peu près les mêmes symptômes; et de même que dans les deux précédentes, il n'est pas question de paralysie.

N° 21.

20 ans, symptômes d'hydrocéphale aiguë; mort au bout de quinze jours environ. — *Épanchement dans les ventricules, ramollissement de la cloison transparente et de la voûte à trois piliers.* (Abercrombie, ouv. cit., Obs. 5.)

Un jeune homme de vingt ans avait, depuis plusieurs jours, des maux de tête, avec agitation extrême, léger délire, face rouge. (Le pouls, de 90 tomba à 60.) Du 19 au 20 septembre 1812, augmentation des symptômes (saignées larges et répétées, applications froides, vésicatoires, purgatifs); amélioration jusqu'au vingt-cinquième. Alors, stupeur profonde; le 27, coma complet, qui dure jusqu'à la mort, arrivée le 30, quinze jours après le début de la maladie.

On trouva un épanchement dans les ventricules et à la base du crâne; la voûte à trois piliers était réduite en une masse informe, blanche et pulpeuse; la cloison transparente et la face interne des ventricules offraient le même aspect. Il y avait un dépôt abondant de lymphe coagulable à la surface supérieure du cervelet.

Cette observation ressemble tellement aux trois précédentes, surtout à la première, par l'épanchement de sérosité dans les ventricules, et à la surface du cerveau et du cervelet, que je me dispense de toute réflexion : toujours point de paralysie, même faible ou partielle.

N° 22.

21 ans, symptômes d'hydrocéphale aiguë ; mort le dix-huitième jour. — *Épanchement dans tous les ventricules, ramollissement de la voûte à trois piliers.* (Abercrombie, ouv. cit., Obs. 6.)

D. G., imprimeur, âgé de vingt-un ans, était malade depuis six jours (3 septembre 1816), vomissait tout ce qu'il prenait, se plaignait d'un violent mal de tête, ne pouvait supporter la lumière, avait l'air abattu et l'œil égaré, pouls fort, 70 pulsations, langue nette; larges saignées, purgatifs, vésicatoire, mercure doux, enfin exutoire à la nuque; jusqu'au 10, mieux graduel et soutenu; le 11, point d'apparence de souffrance : cependant l'œil est égaré, les pupilles sont dilatées : les jours suivans, délire, coma; mort le 15, dix-huitième jour de la maladie. Tous les ventricules étaient pleins de sérosité; la voûte à trois piliers est réduite en une masse pulpeuse sans consistance : le reste du cerveau est sain.

§. I. Il est probable que les vomissemens opiniâtres

tenaient, comme chez Marie Léger (Obs. n° 16), à l'affection cérébrale, puisque la langue était nette; mais nous ne pouvons en avoir la certitude, attendu que les symptômes sont décrits d'une manière trop laconique, et que l'autopsie cadavérique est incomplète. Voilà l'inconvénient des observations trop écourtées : quoi qu'il en soit, vous voyez toujours les mêmes symptômes accompagner la même altération des mêmes organes; et toujours point d'apparence de paralysie.

§. II. En terminant l'intéressant article du journal d'Édimbourg, dans lequel nous avons puisé ces observations, le docteur Abercrombie compare entre elles les différentes histoires d'hydrocéphale qu'il a rapportées, et il fait observer que celles où l'on n'a trouvé que de la sérosité dans les ventricules, sans ramollissement de la substance cérébrale environnante, n'ont été accompagnées, dans le principe, que de symptômes très légers et peu inquiétans; que celles au contraire qui ont offert avec un épanchement une destruction des parties centrales du cerveau (*laquelle ne peut être*, ajoute-t-il, *que le résultat d'une inflammation de ces parties*), ont débuté par des symptômes violens, qui, dès les premiers instans, annonçaient une inflammation des plus alarmantes (*V.* n°s 19 et 20); qu'enfin, dans la quatrième Observation (*V.* n° 18), cette destruction des parties centrales n'était pas accompagnée d'épanchement, quoique la malade eût éprouvé les mêmes symptômes que les deux autres.

De ces faits et de beaucoup d'autres semblables que l'auteur a observés, il croit pouvoir conclure que, dans les cas d'hydrocéphale, où la marche des symptômes est très rapide, la maladie a commencé par une inflammation du cerveau, laquelle peut produire ou ne pas produire d'épanchement dans les ventricules. Ces réflexions, très judicieuses, sont de tout point conformes avec les Observations qui nous sont propres; ainsi, sans parler de la conviction du docteur Abercrombie, sur la nature inflammatoire de l'altération, vous avez vu, dans plusieurs d'entre elles, l'arachnoïde de la surface du cerveau enflammée, vis-à-vis des portions de la substance corticale qui étaient ramollies. (*V.* L. 1re, Observ. 16, et L. 2e, Observ. 1, 3 et 4). Et pour parler spécialement de celle des ventricules, dans l'Obs. 9, L. 1re, de la sérosité sanguinolente était épanchée dans le ventricule latéral gauche, et la substance crébrale environnante était ramollie et injectée. Dans l'Obs. 13, L. 1re, la couche des nerfs optiques droite était ramollie, et vis-à-vis une fausse membrane, molle, récente, de même étendue, l'unissait au septum lucidum. Dans l'Observ. 1, L. 21, de la sérosité était épanchée dans le ventricule droit, c'est-à-dire du côté du ramollissement; l'autre était sec. Dans l'Observ. 2, L. 2, elle était altérée, comme détruite, et la voûte à trois piliers était ramollie. (*V.* aussi celle de Morg., n° 14, et surtout celle de Léger, n° 16.)

Aussi, nous ne pouvons pas douter que, dans beaucoup de cas, l'inflam mation de la substance

cérébrale qui environne l'arachnoïde, ne détermine celle de cette membrane, soit dans les ventricules, soit à la surface du cerveau, et par suite l'épanchement séreux, séro-purulent, etc., qu'on rencontre quelquefois. Nous avons vu que les inflammations du cerveau avaient une marche rapide, étaient promptement mortelles; il n'est donc pas douteux que dans les cas où les symptômes d'hydrocéphale sont dus à une inflammation de la substance cérébrale, ils doivent être plus graves; que la marche de la maladie doit être plus rapide.

Nous avons vu aussi plusieurs cas dans lesquels cette inflammation du cerveau n'avait pas produit d'inflammation de l'arachnoïde environnante, et deux entre autres, où le septum lucidum, la voûte à trois piliers étaient détruits sans qu'il existât d'épanchement, et cependant les symptômes avaient été les mêmes que dans les cas où l'inflammation du cerveau occupait les mêmes parties, c'est-à-dire ceux d'hydrocéphale : ce qui prouve que ce n'est pas tant l'épanchement que l'affection des parties voisines qui détermine la gravité des symptômes; qu'on a trop attaché d'importance aux épanchemens; qu'on n'a pas encore assez arrêté son attention sur les ramollissemens, et qu'on s'est trop occupé de déterminer l'absorption du liquide épanché.

Cependant, il ne faut pas être exclusif; il y a beaucoup de cas dans lesquels nous ne savons pas si l'inflammation du cerveau a précédé celle de l'arachnoïde; et il est probable que souvent elle a lieu simulta-

nément. Dans d'autres, nous sommes certains que celle de l'arachnoïde a précédé de long-temps celle du cerveau, comme le prouvent les symptômes extérieurs d'arachnoïdite chronique, suivis seulement au bout d'un temps très long, de ceux de ramollissement qui se développèrent tout à coup, les altérations de l'arachnoïde et les adhérences organisées en tissu cellulaire, qui prouvent l'ancienneté de l'inflammation. Dans ces cas, il est bien certain que le ramollissement a été la suite de l'arachnoïdite. Ainsi, le raisonnement et l'expérience nous prouvent que l'inflammation de l'arachnoïde et celle du cerveau peuvent se manifester simultanément et par l'effet d'une même cause; tandis que d'autres fois c'est tantôt l'une, tantôt l'autre qui commence. Nous ferons plus tard l'application de ces données à l'étude de l'hydrocéphale. En attendant, je vais vous rapporter une observation de M. Coindet, qui prouve que l'affection de la substance cérébrale qui environne les ventricules peut être consécutive.

N° 23.

Symptômes d'hydrocéphale chronique, amélioration; à sept mois rechute promptement mortelle. — *Dans le ventricule gauche, douze onces de sérosité; dans le droit, environ une demi-livre d'une bouillie couleur de chocolat, mêlée de sang et de substance cérébrale.* (Coindet, *Mémoire sur l'Hydrencéphale*, page 43, à la note.)

Une petite fille de sept mois, dont les deux frères

étaient morts d'hydrocéphale, le premier âgé de quatre ans, et le second de trois, peu de jours après sa naissance heurta de la tête contre le plancher, au moment où la nourrice changeait ses langes : cependant on ne remarqua aucune apparence de contusion, d'ecchymose, ni aucun symptôme de commotion; mais on remarqua que l'enfant avait la tête plus grosse que de coutume, et pouvait à peine la supporter. A six semaines, elle loucha de l'œil droit, à quatre mois eut des vomissemens et des convulsions du côté *droit*, avec dilatation des pupilles, assoupissement, et semblait devoir succomber d'un moment à l'autre. Cependant ayant pris du vin d'Espagne, du calomel et de la digitale, elle se rétablit en conservant le strabisme de l'œil droit, la dilatation des pupilles, et jouit d'une santé en apparence assez robuste; mais la tête continua de se développer énormément. Elle ne parut pas acquérir d'intelligence; lorsqu'on pressait la fontanelle, on sentait une fluctuation évidente; on déterminait une dilatation considérable de la pupille, qui se dissipait lentement. A sept mois, elle eut une nouvelle attaque d'hydrocéphale avec moins de convulsions et plus de faiblesse que dans la précédente, dilatation complète des pupilles; elle cessa de prendre le sein, et succomba dans une légère attaque de convulsions.

Autop. cadav. Membranes pâles et décolorées, circonvolutions du cerveau effacées, ventricule droit contenant environ une demi-livre de bouillie de cou-

leur et de consistance de chocolat, mêlée de caillots et de substance du cerveau *décomposée;* ventricule gauche dilaté, au point de contenir près de douze onces d'une sérosité limpide, non coagulable par la chaleur; le troisième ventricule n'existait plus.

§. I. Ici l'altération de la substance cérébrale a bien évidemment été consécutive à l'hydrocéphale chronique. C'est à elle qu'il faut principalement attribuer la rechute. Vous n'admettrez donc pas d'une manière exclusive que l'affection de l'arachnoïde des ventricules et l'épanchement qu'on rencontre dans leur cavité soient toujours produits par la maladie de la substance cérébrale environnante. Mais vous avez vu que la mort était survenue promptement après la rechute; ce qui vous prouve que même quand le ramollissement du cerveau est consécutif, la maladie suit dès lors une marche aiguë; et cela doit être, s'il est vrai que cette altération soit le résultat d'une inflammation aiguë du cerveau.

N.° 24.

Après les considérations étendues dans lesquelles je suis entré en terminant la Lettre précédente, et les réflexions qui accompagnent chacun des faits particuliers que j'ai rapportés dans celle-ci, je pourrais peut-être me dispenser de revenir encore sur la nature inflammatoire de cette autre espèce de ramollissement. Mais M. Récamier, dont l'opinion est d'un

très grand poids, professe avec beaucoup d'éloquence des idées tout-à-fait opposées. Cet habile praticien regarde *plus que jamais* les ramollissemens du cerveau comme une altération *sui generis*, une dégénérescence particulière, qu'il compare à certains ramollissemens de la rate. Il croit ces désorganisations indépendantes de toute inflammation, et produites par une cause générale, une maladie de toute l'économie, une fièvre *ataxique*, *nerveuse*, *maligne* ou *pernicieuse*, qui se porte sur le système nerveux et spécialement sur le cerveau, détruit et désorganise son tissu ; de là, les *ramollissemens*, les *dégénérescences*, les *foyers ataxiques*.

Passons donc rapidement en revue ces différentes altérations; et d'abord je dois vous faire remarquer que dans le plus grand nombre des cas, le ramollissement du cerveau était accompagné d'inflammation aiguë ou chronique de l'arachnoïde, ou d'ahérences contre nature, qui existaient exclusivement ou principalement vis-à-vis de la partie du cerveau qui était malade; et c'est déjà une circonstance fort remarquable.

J'ai commencé par vous rapporter des observations dans lesquelles une partie du cerveau ramolli était fortement injectée, tandis qu'une autre était en suppuration; dans la première, la maladie a présenté deux époques distinctes, c'est-à-dire qu'après une amélioration bien marquée, le malade éprouva une rechute : la substance grise de la partie supérieure des lobes moyen et postérieur droits était d'un

blanc sale, et contenait plusieurs abcès, tandis que celle de la partie inférieure des mêmes lobes qui était pénétrée de sang, avait une couleur brunâtre comme dans les observations de la Lettre précédente. Je vous ai fait remarquer que ce double changement de couleur de la substance grise s'expliquait d'une manière toute naturelle par son mélange avec le pus, d'une part, et avec le sang, de l'autre; que ces deux altérations, dont l'une avec injection sanguine et l'autre avec suppuration, avaient tous les caractères d'une inflammation aiguë, observée à deux époques différentes; et qu'enfin cette probabilité se changerait en certitude, par la coïncidence parfaite des deux séries de symptômes observés pendant la vie avec les deux degrés de l'altération en question. J'insiste sur cette observation, parce que je ne crois pas qu'il existe en médecine rien de plus clair, de plus démonstratif. Vous retrouverez à peu près les mêmes circonstances dans l'Observation n° 11 de la Lettre 1re. La substance grise de la partie antérieure de l'hémisphère gauche était très injectée, comme pénétrée de sang, et la partie postérieure du ventricule gauche *était détruite comme par suppuration, de manière à laisser une cavité en forme de ventricule accidentel.*

Après vous avoir montré ces deux espèces de ramollissement avec injection sanguine et avec suppuration, ou, pour mieux dire, ces deux degrés de l'inflammation aiguë du cerveau isolés l'un de l'autre dans le même hémisphère du cerveau, je vous les ai fait voir l'un à côté de l'autre dans l'observation de

Collado (n° 1, §. IV). La substance grise enflammée était, dit-il, *partim ex rubro nigricans partim purulenta :* dans celle de Jean Bauhin (n° 1, §. V), *ea pars nigricabat et apostema continebat in proximâ cerebri parte :* dans l'Observation de M. Dan de La Vautrie (n° 9, Lettre 1re), où la substance cérébrale était d'un *rouge amaranthe* à la surface, et à *moitié réduite en pus au centre :* enfin dans l'Observation de M. Avisard (n° 1, §. VII), où la substance cérébrale réduite en bouillie, était environnée d'une ligne d'un *rouge pâle,* en dehors de laquelle existait une foule de petits points rouges. Ainsi vous voyez ces deux degrés de l'inflammation se confondre, et leurs caractères aller en décroissant; d'une part, l'injection vasculaire diminue, ainsi que la coloration du cerveau; de l'autre, il n'est pas question de pus. Ces observations nous conduisent donc, par une transition insensible, du ramollissement avec injection sanguine au ramollissement avec infiltration de pus, ou du premier au second degré de l'inflammation du cerveau.

Poursuivons notre examen. M. Rochoux (n° 2), sans penser à une inflammation, mais décrivant avec exactitude ce qu'il avait vu, remarque que cette espèce de bouillie pultacée semblait formée par une trituration de la substance cérébrale avec du *pus ;* et comme pour rendre encore plus frappante la ressemblance de cette altération avec un abcès, il ajoute que « cette substance se laissait facilement entraîner par un courant d'eau, de manière à laisser une sorte de grande caverne. » Je vous ai fait remarquer que le

corps strié était de même couleur que la substance blanche.

Dans l'Observation n° 3, nous avons trouvé plusieurs petits foyers dans le centre ovale de Vieussens, et dans le corps strié du même côté; et vous avez vu que la substance grise des circonvolutions, décolorée, avait aussi le même aspect que la substance blanche.

Dans celle qui suit (n° 3, §. IV), la chose était encore plus évidente. Le lobe postérieur gauche contenait un abcès plein d'un pus verdâtre, et le cerveau environnant était d'une mollesse diffluente, avait la même couleur que le pus, et la substance grise, quoique moins affectée, était aussi verdâtre, et par conséquent imprégnée de pus.

Dans celle de Gottl. Schmidt (n° 4, §. II), la suppuration était déjà plus équivoque; c'était, dit-il, une transformation semblable à de la gélatine très liquide, ou plutôt à un abcès, *vel potius colliquamento.* Kaav dit (n° 4, §. III) que la substance *grise* était transformée en un mucus *jaunâtre* et fétide, dans lequel flottaient les vaisseaux de la pie-mère; et Morgagni regarde cette altération comme un véritable abcès.

J'ai aussi arrêté votre attention sur les expressions remarquables de Paaw (Obs. n° 5), qui trouva dans la substance du cervelet, *plus molle* que celle du cerveau, un *abcès* plein d'une humeur *peu naturelle*, de couleur *citrine* un peu *pâle;* expressions qui sont équivalentes à celles de *trituration de la substance cérébrale avec du pus*, etc., dont se sert M. Rochoux. Vous voyez qu'il s'agit moins ici d'un véri-

table abcès que d'une suppuration commençante, semblable à celle dans laquelle le pus infiltré dans la pulpe cérébrale désorganisée, était déjà dans plusieurs points réuni en petits foyers épars. Dans l'Observation suivante (n° 6), la même altération existait également dans le cervelet, mais elle était moins avancée, ressemblait moins à un abcès.

Dans l'Observation 7, le corps strié et la couche des nerfs optiques du côté droit étaient transformés, ainsi que le centre ovale de Vieussens, en une espèce de bouillie moins blanche que la substance medullaire dans l'état sain; leurs vaisseaux se séparaient très facilement. L'altération du côté gauche était moins étendue et moins avancée, les symptômes avaient commencé par le côté gauche du corps, et ne s'étaient étendus au droit que sur la fin de la maladie. Ici il n'est pas question de pus rassemblé en foyer, mais la substance grise était d'un blanc sale. Ses vaisseaux semblaient flotter dedans, comme ceux de la pie-mère dans le mucus jaunâtre et fétide dont parle Kaav. Il n'y a donc d'autre différence entre cette altération et celle décrite par Kaav, et que Morgagni regarde comme un abcès, que l'absence de l'odeur fétide; et vous savez ce qu'il faut penser de ce caractère éventuel de la suppuration. Son absence ne doit donc pas nous empêcher de regarder cette désorganisation comme un commencement de suppuration, et la décoloration de la substance grise comme un effet de la présence du pus. J'en dirai autant de la transformation de la substance grise

du lobe antérieur gauche du cerveau (Obs. n° 8), en une matière extrêmement molle, pulpeuse, *jaunâtre*, adhérente à l'arachnoïde, laquelle, dans le même endroit, avait également contracté des adhérences avec la dure-mère, et cela vis-à-vis de la partie du crâne qui avait été contuse un mois auparavant. Vous retrouvez exactement les mêmes circonstances dans l'Observation de M. Avisard, qui vient ensuite (n° 8, §. III) : la surface du cerveau adhérait à l'arachnoïde, et l'arachnoïde à la dure-mère. La substance cérébrale était tellement diffluente, qu'elle s'écoula aussitôt qu'on eut plongé le bistouri dans cet hémisphère. Que fallait-il de plus pour que ce fût un véritable abcès ? Voyez aussi l'Observation de Morgagni, n° 8, §. IV.

Dans l'Observation n° 9, la substance grise adhérente à l'arachnoïde était d'un blanc jaunâtre, diffluente et semblable à du *pus*.

Dans les autres Observations, les caractères de la suppuration sont plus équivoques ; mais vous remarquerez que, dans la dixième, la protubérance annulaire, composée en grande partie de substance grise, était diffluente et de couleur *jaunâtre*, et il existait en même temps une inflammation bien prononcée de l'arachnoïde. Dans la onzième, la même protubérance était réduite en une matière semblable à de la bouillie. Dans les autres, l'altération n'étant pas bien décrite, on ne peut en tirer aucune conséquence : vous avez vu cependant que des deux ramollissemens dont parle Morgagni, l'un (n° 14) était

accompagné d'une inflammation considérable de l'arachnoïde ; l'autre (n° 16), d'une *véritable sanie* infiltrée dans la pie-mère, d'une injection vasculaire, telle que les plus petits vaisseaux étaient distendus par du sang. Enfin, si M. Coindet (n° 15) n'a pas décrit l'altération, il n'hésite pas à la ranger parmi les céphalites ou inflammations du cerveau. Vous savez aussi quelle est l'opinion du docteur Abercrombie.

§. I. Vous avez vu par les observations de la Lettre première, que toutes les fois que la substance grise était ramollie, injectée, pénétrée de sang, elle avait une couleur plus foncée que dans l'état naturel. Nous en avons conclu que cette coloration particulière tenait à la présence du sang dans la substance grise, et cela avec d'autant plus de certitude que nous n'avons jamais trouvé cette couleur brunâtre violacée, etc., dans la substance blanche. Maintenant vous venez de voir que toutes les fois que nous avons trouvé dans la substance grise désorganisée, ou dans les environs, une suppuration bien évidente, cette même substance grise était décolorée, d'un blanc sale, jaunâtre, verdâtre, etc. D'où il me semble naturel de conclure que quand elle est ramollie, diffluente, pâle, blanchâtre, jaunâtre, etc., quoique nous n'y trouvions pas de véritable abcès, ce n'est pas moins à la présence du pus qu'il faut attribuer cette altération de sa couleur naturelle ; seulement il n'est encore qu'infiltré dans son tissu, il ne peut être reconnu que par analogie, parce qu'il n'est pas encore réuni en

masse assez considérable pour être appréciable au premier coup d'œil. Ainsi de même que le sang injecté dans les vaisseaux de la substance grise, infiltré ou combiné avec elle en différentes proportions, lui communique différentes nuances de couleur, depuis le rouge grisâtre jusqu'au violet noirâtre; de même, lorsque la suppuration commence à s'établir, le pus remplace le sang, et imprègne de sa couleur la substance grise dans laquelle il s'infiltre, s'y combine d'abord avant de se réunir sous forme d'abcès, et, suivant son abondance et sa couleur propre, il lui communique différentes nuances depuis le blanc sale jusqu'au vert. De même aussi que nous avons été conduits, de l'injection vasculaire la plus simple à l'épanchement de sang des apoplexies, par des nuances insensibles entre lesquelles nous n'avons pas pu trouver de ligne de démarcation bien tranchée, de même nous sommes arrivés en sens inverse, par des transitions imperceptibles, des abcès ou collections de pus au milieu de la substance cérébrale ramollie jusqu'à la simple décoloration de la substance grise par l'infiltration du pus.

Jusqu'à présent je n'ai parlé que de la substance grise, parce que sa couleur naturelle nous offrait un terme de comparaison, que nous n'avions pas dans la substance blanche. Mais de même que l'injection sanguine donne à cette dernière une teinte rosée ou rouge plus ou moins foncée, de même le pus, lorsqu'il est coloré, lui communique son aspect jaunâtre, verdâtre, etc.; et, comme il arrive quelque-

fois que le pus est d'un blanc plus ou moins mat, vous concevez qu'alors il ne peut pas changer la couleur de la substance blanche. Ce cas est, je l'avoue, fort obscur, peu susceptible d'une démonstration positive ; il n'y a que l'analogie qui puisse entraîner la conviction. C'est à vous de juger si elle peut-être suffisamment établie. Quoi qu'il en soit, la couleur jaune, verte, etc., de la substance cérébrale ramollie, n'indique pas moins positivement la présence du pus, que la couleur rose, rouge, etc., n'indique celle du sang ; et l'infiltration du pus, dans la substance cérébrale désorganisée, ne caractérise pas moins exactement le commencement de la seconde période de l'inflammation du cerveau, que l'injection sanguine ne caractérise la première.

§. II. Consultons maintenant les analogies, et voyons si ces données s'accordent avec tout ce que nous savons des inflammations phlegmoneuses. Quand on examine le tissu d'un organe, qui a été affecté d'inflammation aiguë arrêtée par la mort au milieu de sa première période, on trouve son parenchyme infiltré de sang, rouge, brun, violacé ; ses plus petits vaisseaux sont développés, son tissu est très facile à déchirer. Je vous ai fait voir que cet état correspondait à celui du cerveau dans les observations de la Lettre première. Un peu plus tard vous rencontrerez çà et là un peu de pus infiltré dans les mailles du tissu cellulaire qui a pris une teinte grisâtre, jaunâtre, est devenu plus fragile encore ; quelques gouttes de pus commencent

déjà à se réunir en différens points, mais le reste de l'organe est encore gorgé de sang ; la partie du phlegmon qui commence à suppurer est environnée d'une atmosphère de vaisseaux dilatés. N'est-ce pas là le cas des premières observ. de cette Lettre (Voy. n° 1 et §. IV, V, VI et VII), dans lesquelles nous avons trouvé du pus dans certains points, et dans d'autres une injection considérable avec coloration brunâtre, noirâtre, etc. ; plus tard l'injection vasculaire diminue, disparaît entièrement : peu à peu le pus remplace le sang, s'infiltre dans les aréoles du tissu cellulaire presque privé de cohésion, se combine pour ainsi dire avec lui. Si vous divisez l'organe malade, vous n'y trouvez pas encore de foyer purulent bien distinct ; mais en le pressant entre les doigts, vous en faites sortir des gouttelettes de pus, dont la présence devient évidente alors par la réunion des molécules éparses en globules distincts. Mais la substance cérébrale est si molle, contient si peu de tissu cellulaire, qu'il est impossible d'en exprimer le pus ; cependant il me paraît évident que cet état correspond à celui des ramollissemens avec coloration jaunâtre, verdâtre, etc., ou simplement avec décoloration de la substance grise.

Plus tard le pus se réunit en petits foyers vers le centre, tandis qu'à la circonférence il n'est encore qu'infiltré dans le tissu cellulaire ; mais ces petits foyers ne forment pas encore un véritable abcès à cavité bien circonscrite ; c'est le cas des Obs. n°s 3 et 5. Au bout de quelques jours, ces petits foyers se réunissent pour n'en faire

qu'un principal, dont la cavité est plus exactement limitée, dont les parois sont mieux dessinées ; il existe un abcès proprement dit (*Voy.* l'Observ. n° 3, §. IV). Enfin, quand la marche de l'inflammation est plus lente, quand le pus séjourne plus long-temps au milieu des tissus affectés, cinq à six mois par exemple, les parois du foyer s'organisent, il se développe autour du pus une véritable membrane, comme il s'en forme autour de tous les corps étrangers qui séjournent dans l'économie, autour des caillots de sang dans les apoplexies, par exemple ; tels sont les abcès par congestion, ceux qu'on a appelés *froids*, qui ont leurs analogues dans les abcès enkistés du cerveau que nous examinerons par la suite.

Vous voyez que les inflammations du cerveau présentent les mêmes phénomènes, suivent la même marche que celles de tous les organes parenchymateux, sauf quelques légères différences qui tiennent à la mollesse de la substance nerveuse, et au peu de tissu cellulaire qui entre dans la composition du cerveau. Mais pour être plus clair, prenons un exemple particulier, et choisissons parmi tous les organes celui dont les maladies ont été étudiées avec le plus de soin.

Lorsqu'un malade meurt avec une inflammation aiguë du poumon, encore à sa première période, on trouve son tissu gorgé de sang, comme *carnifié, hépatisé ;* quand on le coupe par tranches, on voit ruisseler de sa surface divisée une foule de gouttelettes de sang qu'on exprime facilement de son parenchyme avec lequel il semblait combiné. Si la

maladie a duré plus long-temps, le tissu du poumon est grisâtre, blanchâtre dans certains points, sanieux, brunâtre, violacé dans d'autres; on en exprime dans certains endroits du pus, et dans d'autres du sang : plus tard, l'injection vasculaire disparaît, le pus prend partout la place du sang, il s'infiltre, se combine avec le parenchyme du poumon, de manière à former un tout homogène, blanc, jaunâtre ou verdâtre, suivant la couleur du pus; quoiqu'on n'y rencontre pas d'abcès proprement dit (du moins cela est excessivement rare), le pus ruisselle de sa surface à chaque section qu'on y pratique, et personne ne doute de l'existence d'une véritable suppuration du poumon : c'est au pus qu'on attribue sa consistance et sa couleur. Quand l'inflammation est moins aiguë, quand la suppuration s'établit d'une manière plus lente, on trouve le poumon semblable à un foie gras, il forme un tout homogène qui se laisse couper et déchirer comme du lard rance ou du beurre un peu ferme; c'est ce qu'on a plus particulièrement appelé hépatisation grise ou blanche. Quand on en exprime une tranche entre les doigts, on en fait sortir une matière onctueuse puriforme, qui, ramassée sur le manche d'un scapel, peut être reconnue pour du véritable pus, lorsqu'on a vu des cas analogues où la suppuration était évidente; encore faut-il convenir qu'il est tellement uni au tissu cellulaire, qu'il semble retenu dans ses mailles, molécule à molécule, et que souvent on prendrait plutôt ces hépatisations blanches du poumon pour

une dégénérescence graisseuse semblable à celle du foie, que pour une véritable suppuration. C'est à cet état du poumon que je compare les ramollissemens avec coloration jaunâtre, verdâtre, décoloration de la substance grise, ces transformations en une espèce de bouillie diffluente d'un blanc sale, etc. La ressemblance serait parfaite si l'organisation du cerveau permettait d'en exprimer le pus : je vous ai fait voir que l'augmentation de consistance du poumon tenait à ce que le pus avait pris la place de l'air, à ce qu'il était emprisonné par un tissu cellulaire extrêmement abondant. Cependant cette augmentation de consistance n'empêche pas que son tissu n'ait perdu sa cohésion, et ne se laisse déchirer avec la plus grande facilité. (*Voy.* la Lettre 1re, p. 88 et suivantes.) Supposez un instant que ce tissu cellulaire si abondant du poumon, soit remplacé par de la substance cérébrale, quelle consistance aura l'hépatisation blanche dont nous parlons?

Ainsi, les inflammations aiguës du poumon et du cerveau produisent dans ces deux organes des altérations analogues. Dans l'un et l'autre cas il y a diminution de la cohésion, de la ténacité du tissu affecté. Les diverses nuances que présentent les hépatisations du poumon ne diffèrent de celles que nous avons observées dans les ramollissemens du cerveau, que par la densité; et cette différence, je ne puis trop le répéter, tient à l'abondance du tissu cellulaire dans le poumon, et à son absence presque absolue dans le cerveau, et c'est pour cette raison que

l'infiltration du pus est plus facile à démontrer dans le premier que dans le second. Et de même qu'on rencontre rarement des inflammations aiguës du poumon sans altération de la plèvre correspondante, et des inflammations aiguës de la plèvre sans affection plus ou moins grave du poumon; de même nous avons rarement trouvé la substance cérébrale de la surface du cerveau ou des ventricules ramollie, sans que l'arachnoïde correspondante ait offert des traces d'inflammation; et nous avons vu dans beaucoup de cas des inflammations de l'arachnoïde précéder évidemment de long-temps celle du cerveau.

Enfin, les inflammations de la plèvre influent directement sur les fonctions du poumon, comme celles de l'arachnoïde sur les fonctions du cerveau; et si les symptômes de la pleurésie ont beaucoup de ressemblance avec ceux de la pneumonie, les symptômes de l'arachnoïdite n'ont pas moins d'analogie avec ceux de l'encéphalite. Malheureusement nous n'avons pas ici la ressource de la percussion et de l'auscultation médiate, qui dans le plus grand nombre des cas peuvent seules faire distinguer les affections de la plèvre de celles du poumon.

Je vous ai dit que M. Récamier comparait les ramollissemens du cerveau à ceux de la rate. J'avoue qu'on trouve dans certains cadavres cet organe comme diffluent, transformé en une espèce de sanie, semblable à du chocolat ou à de la lie de vin. Je ne dis pas que cette altération de la rate n'ait de l'analogie avec celle du cerveau; mais personne jusqu'à présent,

je pense, n'en connaît encore ni la cause ni les symptômes. Or, pour arriver à la solution d'un problême, il ne faut pas commencer par y introduire un nouvel inconnu. Pour me donner une idée d'un objet dont j'ignore la nature, il ne faut pas le comparer à un autre que je connais encore moins. L'état de la science sur les maladies de la rate prouve seulement, comme je l'ai dit en parlant des rapports intimes et réciproques de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie (Préface, page 3), que « les organes dont les affections ont été plus tôt et plus exactement connues, sont aussi ceux dont la structure et les fonctions étaient plus faciles à apprécier. »

De ce que les ramollissemens du cerveau sont souvent accompagnés de certains symptômes qui paraissent irréguliers ou bizarres, faut-il en conclure que cette altération soit produite par une fièvre *ataxique*, *nerveuse*, *pernicieuse* ou *maligne?* C'est comme si l'on prétendait aujourd'hui que dans l'apoplexie, c'est la paralysie qui est la cause de l'épanchement de sang; n'a-t-on pas fait aussi de l'apoplexie une maladie essentielle, jusqu'au moment où de nombreuses ouvertures de cadavres ont permis de reconnaître la cause des symptômes observés pendant la vie?

§. III. Si nous examinons, comme nous l'avons fait pour les ramollissemens avec injection vasculaire, etc., quel a été le siége de la maladie dans les observations qui précèdent, nous trouverons que la

substance grise de la surface du cerveau a été affectée neuf fois, dont trois à droite (n° 1, §. V, et n° 13); trois à gauche (n° 8, §. IV, et n° 9), et trois des deux côtés (n° 1, §. IV, n° 4, et §. III); le corps strié, deux fois à droite (n°s 2 et 3); la couche des nerfs optiques, et le corps strié, une fois à droite (n° 7); la protubérance cérébrale trois fois (n° 10, 11 et 12). Dans cinq autres observations, la maladie affectait les substances blanche et grise, à peu près également, une fois à droite (n° 4, §. II); quatre fois à gauche (n° 1, §. VII; n° 3, §. IV; n° 4, §. IV, et n° 15); dans huit autres observations, la substance blanche seule était ramollie; une fois celle du lobe gauche du cervelet; une fois les cuisses et le corps de la moelle allongée (n° 3); cinq fois le corps calleux, le septum lucidum et la voûte à trois piliers (n°s 18, 19, 20, 21 et 22); une fois les parois du ventricule droit (n° 23). Si vous rapprochez ce résumé de celui de la Lettre précédente en y ajoutant les deux observations de MM. Cruveilhier et Gombaut (*voyez* les Obs. A et B, note, pag. 101 et suiv.), vous aurez le tableau suivant :

Sur quarante-six observations dans lesquelles le siége de la maladie a été indiqué d'une manière assez précise, il a existé exclusivement ou principalement:

	Du côté droit.	Du côté gauche.	Des deux côtés en même temps.	Sur la ligne médiane.	
Dans la substance grise de la surface du cerveau.	3	7	6	»	16
Dans le corps strié et la couche des nerfs optiques.	9	2	2	»	13
Dans la protubérance cérébrale.	»	»	»	4	4
Dans la substance blanche.	1	1	»	6	8
Et dans les substances blanche et grise à peu près également.	1	4	»	»	5
	14	14	8	10	46

Ainsi, sur ces quarante-six Observations, la maladie a eu son siége principal trente-trois fois dans la substance grise ou dans des organes qui en sont principalement formés, et huit fois seulement dans la substance blanche. Et, ce qui est encore assez remarquable, la surface des circonvolutions, où la substance grise existe sans mélange, a été affectée seize fois, le corps strié et la couche des nerfs optiques qui en sont en grande partie formés, treize fois, et la protubérance annulaire, où l'on en rencontre moins, ne l'a été que quatre fois. Il est vrai qu'il faut avoir égard à la grande étendue qu'occupe en surface

la substance grise des circonvolutions, au volume du corps strié, de la couche des nerfs optiques, et de la protubérance annulaire. Il faut aussi tenir compte du voisinage de l'arachnoïde, puisque, dans plusieurs cas, l'inflammation de la substance grise a été due évidemment à celle de l'arachnoïde en contact avec elle. Quoi qu'il en soit, la disproportion entre le nombre des affections de la substance grise et de la substance blanche est trop grande pour qu'on puisse l'attribuer au hasard. Je vous ai déjà fait remarquer que ce rapport de fréquence coïncidait parfaitement avec la distribution des vaisseaux dans la substance cérébrale. Cette coïncidence n'est pas seulement intéressante sous le point de vue pathologique; elle prouve encore que la substance grise jouit d'une activité plus grande que la substance blanche, et qu'elle est chargée de fonctions plus importantes; résultat conforme à l'opinion du docteur Gall, qui la regarde comme un organe de sécrétion, de création, comme la partie essentielle de la pulpe nerveuse.

§. IV. La durée de la maladie est, dans beaucoup de cas, difficile à déterminer d'une manière précise, tantôt parce que les observateurs ont négligé d'indiquer l'époque de l'invasion, ou qu'il a été impossible de se procurer à cet égard les renseignemens nécessaires; tantôt parce que d'autres affections ont précédé l'inflammation du cerveau, et que les symptômes se sont succédés presque sans transition. Pour éviter ces causes d'erreur, je n'ai

tenu compte, dans le relevé suivant, que des observations les plus positives.

Malades morts dans le premier septenaire, 22.	Mort subite,	3.	L. I, n. 7 et 19. — L. II, n. 4, §. 3.
	— très prompte,	3.	L. I, n. 13 et 21. — L. II, n. 17.
	— le 2e jour,	3.	L. I, n. 17. — L. II, n. 3, §. 4, et n. 16.
	— le 3e,	4.	L. I, n. 4 et 16. — L. II, n. 9 et 15.
	— le 4e,	3.	L. I, n. 13. — L. II, n. 8 et 11.
	— le 5e,	1.	L. II, note p. 104.
	— le 6e,	3.	L. II, n. 4, 13 et 14.
	— le 7^{e},	2.	L. I, n. 2. — L. II, n. 1.
Dans le second, 12.	— le 8e,	4.	L. I, n. 5 et 11. — L. II, n. 1, §. 7, et n. 6.
	— le 9e,	1.	L. II, n. 3.
	— le 10e,	1.	L. II, n. 20.
	— le 11e,	1.	L. II, n. 12.
	— le 12e,	4.	L. I, n. 7, 8 et 14. — L. II, note p. 101.
	— le 13e,	1.	L. I, n. 12.
Dans le troisième, 7.	— le 15e,	1.	L. II, n. 21.
	— le 16e,	2.	L. II, n. 18 et 19.
	— le 17e,	1.	L. I, n. 15.
	— le 18e,	1.	L. II, n. 22.
	— le 20e,	1.	L. I, n. 6.
	— le 21e,	1.	L. II, n. 7.

Le malade du n° 10, Lettre 1re, n'est mort qu'au bout de deux mois; mais il faut remarquer que l'inflammation du cerveau est survenue à la suite d'une apoplexie, et que nous avons trouvé du pus autour du caillot. Celle du n° 8, après une chute

sur la tête, qui causa des accidens graves, fut sujette, pendant deux mois, à des attaques d'épilepsie, etc. Mais elle ne vécut que quatre jours après l'apparition des symptômes d'inflammation du cerveau. Les premiers étaient dus à l'affection chronique de l'arachnoïde. Voyez aussi les Observations de M. Cruveilhier (note, page 101), de M. Martin Solon (L. 2, n° 10), et celles de M. Coindet (L. 2, n°s 15 et 23). Dans les deux premières, les malades ont éprouvé pendant très long-temps des symptômes d'inflammation chronique de l'arachnoïde, et en effet cette membrane était épaissie, couverte de granulations. Dans les deux dernières, l'inflammation du cerveau a été précédée, pendant plusieurs mois, de symptômes d'hydrocéphale chronique, et l'épanchement de sérosité était considérable.

Ce sont probablement des observations analogues qui ont fait regarder les ramollissemens comme des maladies lentes. Vous savez que le docteur Abercrombie les appelle des inflammations chroniques. Vous voyez cependant que sur quarante et un malades, vingt-deux sont morts dans le premier septenaire, et dix-neuf seulement dans les deux autres; certes ce n'est pas ici la marche des maladies chroniques. Au reste, le docteur Abercrombie est sur ce point en opposition avec lui-même, puisqu'il a très bien fait observer que parmi les cas d'hydrocéphale aiguë qu'il a rapportés, ceux qui étaient accompagnés de ramollissement de la substance cérébrale des ventricules ont présenté, dès le début, des symptômes plus graves,

ont eu une marche plus rapide que les autres; puisqu'enfin il attribue cette acuité plus grande de la maladie à l'inflammation de la substance cérébrale.

Ne croyez pas cependant que je prétende que les ramollissemens du cerveau soient *toujours* dus à une inflammation aiguë : je sais trop que la vérité ne se trouve jamais toute entière dans les opinions exclusives. D'ailleurs rien n'est plus difficile que d'établir une ligne de démarcation tranchée entre les inflammations aiguës et chroniques. Aussi vous ai-je fait remarquer quelques cas, rares à la vérité, dans lesquels les symptômes avaient suivi une marche lente et graduée, s'étaient montrés avec une apparente bénignité, qui ne s'accorde pas avec l'idée d'une inflammation aiguë. En comparant les ramollissemens du cerveau aux hépatisations du poumon, je vous ai dit aussi que cette dernière altération était due tantôt à une inflammation aiguë, tantôt à une inflammation chronique, et qu'il en était de même des ramollissemens. Cependant, à en juger par le relevé précédent, la marche de la maladie est le plus souvent très rapide, et alors elle est accompagnée de symptômes très intenses, quelquefois elle dure plus long-temps et se développe lentement. Mais dans l'un et l'autre cas, vous concevez également bien pourquoi ces ramollissemens contenaient si rarement du pus. Quand l'inflammation a été violente, la mort est arrivée trop promptement; quand les malades ont vécu plus long-temps, l'inflammation s'est développée trop

lentement pour que dans l'un et l'autre cas la suppuration ait eu le temps de s'établir.

§. V. L'âge de la plupart de nos malades mérite aussi quelque attention. Le relevé des Observations m'a donné le résultat suivant :

De 10 à 20 ans,	1.	L. I, n. 9.
De 20 à 30,	7.	L. I, n. 5. — L. II, n. 9, 10, 17, 18, 21 et 22.
De 30 à 40,	4.	L. I, n. 17. — L. II, n. 3, §. 4, et n. 20.
De 40 à 50,	4.	L. I, n. 19. — L. II, n. 8, 11 et 19.
De 50 à 60,	10.	L. I, n 1, 7, 8, 13, 15, 16. — L. II, p, 101 et 104, n. 6, 14.
De 60 à 70,	6.	L. I, n. 2, 10, 12 et 14. — L. II, n. 13 et 15.
De 70 à 80,	5.	L. I, n. 3 et 11. — L. II, n. 1, 2, 7.
Au-delà de 80,	2.	L. II, n. 4, 8, §. 3.

Enfin, parmi ces malades il en est dont l'âge n'est pas spécifié au juste, mais qui étaient très vieux (*voyez* Let. 1re, nos 6, 18 et 20; Let. 2, n 8, §. IV).

Ainsi, sur quarante-trois, trente-un avaient plus de cinquante ans. Il faut encore ajouter que chez la plupart de ceux de dix à quarante, l'inflammation du cerveau avait été précédée de percussion du crâne (Lettre 1re, n° 9; Lettre 2, n° 8), d'inflammation du plexus brachial (Lettre 2, n° 3, §. IV), d'inflammation chronique de l'arachnoïde (Lettre 2, nos 9, 10 et 18). Ainsi nous pouvons dire que la plupart des individus chez lesquels la maladie s'est développée spontanément avaient plus de 50 ans.

Je pense bien que les médecins qui regardent les ra-

mollissemens du cerveau comme une dégénérescence particulière, ne manqueront pas d'en tirer cette conséquence : « Puisqu'on n'observe ces ramollissemens que chez les vieillards, c'est donc une maladie propre à la vieillesse ; circonstance qui entraîne avec elle l'idée de faiblesse, d'asthénie, idée tout-à-fait opposée à celle d'inflammation. » Comme la vérité doit passer avant tout, j'ajouterai même à ce raisonnement spécieux, que dans les cas où nous avons trouvé du pus réuni en foyers, c'était chez des individus encore jeunes et robustes.

Mais nous n'avons trouvé que des ramollissemens semblables aux autres, accompagnés des mêmes symptômes chez ces malades, de 17, 23, 28 ans, dont l'affection avait été produite par cause externe, ou accompagnée d'inflammation de l'arachnoïde ; et la différence des âges ne suffit pas pour détruire l'identité de deux maladies. D'un autre côté, la vieillesse et la faiblesse ne mettent pas à l'abri des inflammations, seulement alors elles sont moins violentes, moins rapides dans leur marche ; les malades y résistent avec moins d'avantage. Mais, dira-t-on, pourquoi, à la suite de ces inflammations, trouve-t-on plutôt chez les vieillards des ramollissemens soit avec injection sanguine, soit avec infiltration de pus, et chez les jeunes gens une suppuration évidente ? C'est que d'une part, les inflammations marchent moins rapidement vers la suppuration chez les vieillards, et que de l'autre, ils succombent plus promptement ; et cela, parce que leur constitution est détériorée ; en un mot, parce

qu'ils sont vieux. Les individus jeunes, robustes, sont exposés à des inflammations plus intenses, qui marchent avec plus de rapidité; mais ils résistent avec plus d'avantage, et succombent, sinon plus tard, au moins dans une période plus avancée de la maladie : voilà pourquoi l'on trouve plus souvent chez eux du pus réuni en foyers, au milieu de la substance cérébrale ramollie, désorganisée. Cependant, lorsque l'inflammation par sa violence cause la mort dans les premiers jours, on trouve chez eux les mêmes altérations que chez ceux dont la maladie était moins aiguë, et qui ont vécu plus long-temps; parce que c'est, dans l'un comme dans l'autre cas, une inflammation qui n'a pu arriver jusqu'à la formation d'un véritable abcès.

§. VI. Les causes prédisposantes et déterminantes des maladies sont en général très difficiles à bien apprécier, et trop légèrement admises. Je ne m'arrêterai qu'à celles qui paraissent avoir agi d'une manière évidente.

Deux de nos malades (Let. 1re, nos 12 et 13) avaient un anévrisme du cœur, avec épaississement du ventricule gauche, dont la cause était un obstacle à la circulation, situé au-delà de l'origine des artères carotides, condition indispensable, comme nous l'avons vu (note de la p. 44), pour que l'augmentation d'énergie du ventricule gauche puisse avoir de l'influence sur le cerveau. L'une de ces deux malades, quoique grêle, et d'une maigreur extrême, était habituellement sujette à de fortes et brusques congestions cérébrales, dont plusieurs furent assez violentes pour simuler

de véritables attaques d'apoplexie. Ce sont probablement des observations analogues qui ont fait dire que les individus gros, courts, pléthoriques, etc., n'étaient pas toujours ceux qui avaient une disposition plus marquée aux apoplexies. On ne soupçonne pas ordinairement pendant la vie l'existence des hypersarcoses, sans rétrécissement de l'orifice aortique, parce qu'ils ne sont pas accompagnés des symptômes ordinaires des anévrismes du cœur.

La seconde malade, au contraire, était forte, pléthorique, et d'une constitution qu'on peut regarder comme le type de celles qu'on a appelées apoplectiques. La menstruation était peu abondante, et s'établissait difficilement. C'est peut-être cette difficulté de la menstruation qui était la cause première de cet état pléthorique habituel, et du développement anévrismatique de l'aorte et du cœur; car cette femme n'avait jamais été bien réglée, et c'était au retour des époques menstruelles qu'elle éprouvait les vertiges et les étourdissemens les plus forts. A la fin, tout ce qu'elle voyait lui paraissait coloré en rouge, elle n'osait plus se baisser, dans la crainte de tomber. Elle avait eu même une espèce d'attaque d'apoplexie. Aucun autre malade n'a éprouvé des symptômes précurseurs aussi prononcés, et pendant aussi long-temps; mais aucun n'a réuni autant de causes prédisposantes à une affection cérébrale. Remarquez que ces symptômes précurseurs étaient ceux des apoplexies. Vous ne devez pas en être surpris, après les rapports que vous avez

vus exister entre les ramollissemens avec injection sanguine, et les apoplexies. (*Voy.* L. 1re, n° 22, §. XVI et suiv.) Au reste, ce n'est pas seulement aux congestions cérébrales que sont exposés les individus affectés d'anévrisme du cœur sans rétrécissement. Ils ont une disposition particulière aux hémorrhagies et aux inflammations qui contrastent quelquefois singulièrement avec leur constitution grêle et décolorée ; on est aussi surpris des heureux effets que produisent chez eux les évacuations sanguines.

Quatre autres avaient une constitution apoplectique bien caractérisée (L. 1re, n° 16; L. 2, nos 1, 2 et 7), et ce qui est fort remarquable, ils ont éprouvé des éblouissemens, des étourdissemens et même des congestions assez fortes pour simuler des attaques d'apoplexie. Chez tous, l'invasion de la maladie a été brusque et foudroyante comme dans l'apoplexie. D'autres étaient d'un tempérament sanguin bilieux (Let. 1re, nos 10 et 15), sanguin nerveux (Let. 2, n° 8). Le prêtre dont parle Morgagni (Let. 1re, n° 19) avait une constitution grêle, mais une figure très rubiconde. Il est assez remarquable que chez les malades d'une constitution molle et lymphatique, l'inflammation du cerveau ait été précédée d'inflammation chronique de l'arachnoïde (*Voy.* Let. 1re, n° 8; Lettre 2, nos 9, 10 et 18).

Chez plusieurs, l'invasion de la maladie a été précédée de la suppression de quelque évacuation sanguine habituelle. L'un (n° 10, lettre 1re) avait des hémorroïdes qui coulèrent moins que de coutume,

et il tomba dans un état d'apoplexie, etc. La malade n° 10, Lett. 2, eut une suppression de règles après ses couches (Voy. aussi la malade n° 13).

Les affections morales tristes paraissent avoir une grande influence sur le développement des affections cérébrales. La femme Vailbian, n° 8, Lett. 1re, après avoir essuyé beaucoup de chagrins domestiques, perdit son mari, etc., et eut d'abord une inflammation chronique de l'arachnoïde. La malade du n° 19, Lett. 2, se trouva absolument dans les mêmes circonstances. Les trois jeunes filles dont nous avons parlé (Lett. 2, nos 9, 10 et 17), ont éprouvé les anxiétés inséparables d'une grossesse illicite. Les deux premières ont eu aussi une inflammation chronique de l'arachnoïde. Le malade n° 19, Lett. 1re, quoique joyeux en apparence, était tourmenté par des chagrins qu'il dissimulait. Je suis convaincu que les affections morales sont bien plus souvent qu'on ne pense la cause des maladies cérébrales; mais une foule de circonstances s'opposent à ce que nous connaissions toute la vérité.

Plusieurs de nos malades faisaient un usage immodéré des boissons fermentées (Lett. 2, n° 7, et n° 14).

Nous ne connaîtrons non plus jamais au juste quelle est l'influence de cette habitude pernicieuse sur la production des affections cérébrales, parce que les individus qui abusent des liqueurs fortes, les femmes principalement, cherchent à dissimuler cette funeste passion.

Vous voyez que le nombre des cas dans lesquels nous avons pu reconnaître d'une manière évidente l'influence de causes prédisposantes, est fort restreint, et que ces causes sont précisément les mêmes que celles des apoplexies ou des inflammations en général.

Quant aux causes déterminantes, après l'action directe des agens extérieurs sur le crâne, et par suite sur le cerveau, il n'y en a peut-être pas de plus manifeste que la congestion cérébrale, produite par les efforts de vomissemens : mais nous y reviendrons en parlant du traitement. Nous savions que l'affection des nerfs avait une grande influence sur le cerveau ; mais aucune observation n'a mis, je crois, cette vérité aussi bien en évidence que l'Observation n° 3, §. IV, dans laquelle l'inflammation d'une partie du plexus brachial *droit* a été suivie d'inflammation et de suppuration de la partie postérieure de l'hémisphère *gauche* du cerveau. Ce fait n'est pas moins intéressant pour la physiologie que pour la pathologie.

§. VII. On peut bien en théorie envisager les maladies dans leur état de simplicité, les étudier isolément ; mais dans la pratique, rien n'est plus difficile à rencontrer qu'une maladie exempte de toute complication. Aussi, parmi les observations *recueillies avec soin* que vous avez lues, en est-il très peu dans lesquelles l'affection du cerveau n'ait été accompagnée de quelque autre plus ou moins grave. De là,

des symptômes particuliers, qu'il est important de ne pas attribuer à l'affection cérébrale. Lorsque deux ou plusieurs maladies existent en même temps, il n'en résulte pas seulement un mélange des symptômes propres à chacune, mais l'influence qu'elles exercent réciproquement l'une sur l'autre change quelquefois leur physionomie, au point de les rendre méconnaissables. Cherchons donc à distinguer parmi les symptômes observés ceux qui dépendent de l'inflammation du cerveau, de ceux qui étaient produits par quelque complication. Étudions l'influence des affections de cet organe sur celle des autres viscères.

§. VIII. La respiration ne paraît pas sensiblement affectée par les maladies du cerveau. Vous avez vu qu'elle était ordinairement calme, souvent lente et toujours régulière. Dans beaucoup d'observations, il n'en est pas question. Mais vous avez dû remarquer aussi que dans le plus grand nombre des cas, la veille ou le jour de la mort, la respiration, jusqu'alors libre, s'est embarrassée, est devenue pénible, précipitée, enfin stertoreuse. C'est ce dont vous pourrez vous convaincre en parcourant les Observations de la Lettre 1re, nos 2, 4, 6, 8, 9, 10, 13, 14; celles de la Lettre 2, nos 2, 7, 9, 10, 18, et l'Observation B, page 104. Dans les autres, la respiration paraît avoir été facile jusqu'à la fin.

La malade du n° 11, Lettre 1re, éprouvait à la vérité par accès une grande difficulté dans l'inspira-

tion, avec menace de suffocation; mais cette espèce de strangulation commençait et cessait avec les contractions convulsives des muscles de la face et du cou. Il est évident par conséquent qu'elle était due à un état analogue des muscles du larynx.

La malade du n° 8, L. 1re, avait la respiration difficile; mais, comme la poitrine n'a pas été ouverte, nous ne savons pas si la plèvre et le poumon étaient sains.

Il est clair, d'après cela, que les inflammations du cerveau n'influent pas, au moins d'une manière prompte, sur les mouvemens de la respiration, même dans le cas où les deux côtés du corps sont paralysés. Nous aurons occasion de faire la même observation en parlant des apoplexies. J'en ai déjà fait mention dans ma thèse en examinant les fonctions des différentes parties du système nerveux (Observ. pathol., propre à éclairer quelques points de physiologie). Si les muscles de la respiration ne participent pas, au moins pendant fort long-temps, à la paralysie de ceux des membres, c'est certainement parce qu'ils ne reçoivent pas tous leurs nerfs de la moelle épinière. En effet, chaque nerf intercostal reçoit directement un ou plusieurs rameaux nerveux des ganglions dorsaux du grand sympathique; et le diaphragme reçoit du plexus coronaire des rameaux qui accompagnent les artères diaphragmatiques. C'est aussi parce que les muscles de la respiration reçoivent une partie de leur nerfs du système nerveux des ganglions, qu'ils sont en partie soustraits à l'empire de la volonté.

En supposant que vous n'admettiez pas cette explication anatomique, le fait est incontestable; et puisque vous avez vu, par la longue série d'observations auxquelles je vous ai renvoyé, que la respiration n'a commencé à s'embarrasser que la veille ou le jour de la mort, vous devez en conclure que ce symptôme est un des plus fâcheux qu'on puisse observer dans les affections cérébrales, et qu'il annonce une mort prochaine.

§. IX. La circulation ne paraît pas non plus sensiblement influencée par l'inflammation du cerveau. Les altérations du pouls que nous avons remarquées dans beaucoup de cas, dépendaient de quelque autre cause, comme il est facile de le démontrer.

La malade du n° 8, L. 1er, avait le pouls irrégulier, intermittent, après trois pulsations, mais la respiration était extrêmement difficile; de là l'embarras de la circulation. Anne Benoist, L.^re^ 1re, n° 13, avait le pouls *très faible*, et d'une irrégularité inexprimable. Les battemens du cœur étaient aussi irréguliers, mais d'une étendue et d'une énergie qui contrastait avec l'extrême faiblesse du pouls. Elle avait un anévrisme du cœur et de l'aorte, avec rétrécissement de l'origine des artères sous-clavières. Chez tous les autres malades, excepté celui du n° 6, Lettre 2, le trouble de la circulation était un symptôme fébrile, et chez ce dernier c'était le cervelet qui était affecté. Ici se présente une question assez importante : dans les cas assez rares où les ma-

lades ont eu de la fièvre, était-elle produite par l'affection du cerveau, par celle de quelque autre organe, ou bien était-elle essentielle?

La rareté de la fièvre dans les observations que nous avons rapportées, peut déjà vous faire présumer qu'elle était indépendante de la maladie du cerveau. Mais cela ne suffit pas, il faut examiner les différens cas dans lesquels on l'a observée.

La malade du n° 12, L. 1re, est entrée à l'hôpital sans fièvre : après l'administration de deux émétiques, d'un purgatif et des toniques sous toutes les formes, le pouls devient *fréquent, concentré, la langue rouge, la peau brûlante, etc.*; à l'ouverture du corps, *estomac fort rétréci, plissé sur lui-même, très rouge.... même altération des intestins grêles.*

La femme Mouton (Lettre 1re, n° 7) avait le pouls *petit, faible, assez fréquent, variable d'un instant à l'autre.* A l'ouverture du corps, *estomac d'un rouge noirâtre, dans les deux tiers de son étendue du côté du pylore, plissé sur lui-même et granuleux à sa surface muqueuse.*

Madame Chabrol (Obs. A, p. 101), ayant eu l'imprudence de manger après avoir pris des pilules purgatives, éprouva des vomissemens suivis de l'exaspération des symptômes cérébraux, et, ce qui est très remarquable, *pour la première fois, le pouls devint fréquent.* Cependant le ventre était *souple et indolent.* Autop. cadav. : *membrane muqueuse de l'estomac couverte de larges plaques ecchymosées, d'un rouge vif, surtout vers l'orifice œsophagien.*

La malade du n° 9, Let. 2, avait tous les soirs une exacerbation fébrile. Après la mort, nous avons trouvé, outre une péritonite chronique, une inflammation légère de l'estomac et des ulcérations dans les intestins grêles.

La malade du n° 19, Lettre 2, avait le pouls très irrégulier, l'abdomen sensible à la pression, la langue sèche, etc., et une inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale. La femme Berthur (Let. 1re, n° 14), qui succomba avec tous les symptômes d'une fièvre adynamique, a présenté de même des traces d'une inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Chez Jacoba Zanardi (Let. 1re, n° 1), *à la paralysie se joignit*, dit Morgagni, *une grande fièvre*, dont il ne décrit pas les symptômes. La vessie était distendue par de l'urine; sa face interne était parsemée de points rouges comme du sang. La membrane muqueuse de l'urètre était très injectée, surtout vers l'orifice postérieur, où ses vaisseaux étaient si distendus qu'elle était noirâtre, en sorte qu'il était facile de voir que ces parties avaient non seulement été enflammées, mais encore sur le point de tomber en gangrène, *ut facilè intelligeres ea loca non modò inflammata sed gangrænæ jàm proxima.* (Morgagni, *Epist.* 6, n° 5.)

M. Dan de La Vauterie, dans l'Observation n° 2, Lettre 1re, parle de symptômes de *fièvre ataxique*, mais il ne veut certainement pas indiquer un état fébrile, puisqu'il ajoute que le pouls était *naturel.*

Le même auteur, dans l'Observation n° 10,

Lettre 1re; le docteur Abercombrie, dans celle du n° 5 de la même Lettre; Jean Bauhin, n° 1, §. V, Lettre 2, et Phil. Salmuth, n° 4, §. IV, parlent aussi de fièvre, mais sans en décrire les symptômes; et ce qu'il y a de plus fâcheux, ils n'ont examiné que le cerveau. Que peut-on conclure de ces quatre observations, dans lesquelles les symptômes n'ont pas été décrits, les médicamens indiqués, et où les organes thoraciques et abdominaux n'ont pas été examinés? Absolument rien. Morgagni l'a dit, *observationes non numerandæ sunt sed perpendendæ.* Les faits tronqués sont rarement de quelque utilité : ils peuvent être fort nuisibles; c'est sur eux que toutes les vieilles erreurs prennent racine. Lorsqu'ils sont en opposition avec un grand nombre d'autres qui ont été décrits avec une attention scrupuleuse par des observateurs différens, on peut, sans être accusé de prévention, n'en pas tenir compte. Je crois donc que, malgré ces quatre observations, vous pouvez admettre que les inflammations du cerveau n'ont pas d'influence directe sur la circulation; que la fièvre, quand il en existe, est indépendante de l'affection cérébrale. Dans les observations dont je viens de vous citer textuellement les passages, elle était évidemment due à l'inflammation de la membrane muqueuse, de l'estomac, des intestins ou de la vessie.

§. X. C'est ici le lieu d'examiner quelle est l'influence des affections cérébrales sur le développement des symptômes des autres maladies qui peuvent exister simultanément.

Il ne paraît pas que la malade de Morgagni ait

offert le moindre symptôme qui ait pu faire soupçonner l'inflammation violente de la vessie et de l'urètre. Celle de M. Cruveilhier (page 101) avait le ventre souple et indolent, quoique l'estomac fût très enflammé. Dans les Observations n°s 7, 12 et 14, Let. 1re; n°s 9 et 19, Let. 2, il n'est pas question de sensibilité du ventre, quoiqu'il existât une inflammation à la membrane muqueuse gastro-intestinale. Les malades n°s 9 et 10, Let. 2, quoique affectées de péritonite chronique, avaient l'abdomen à peine sensible; celle du n° 18, Let. 2, qui avait une pleurésie chronique, a vu cesser ses douleurs dès le moment que l'inflammation de l'arachnoïde est devenue très intense; celle du n° 11, Lettre 2, avait une double pleuro-pneumonie qui n'a été apparente par aucun symptôme extérieur; enfin celle du n° 19, Let. 2, avait une gastrite : l'abdomen était tantôt indolent, tantôt douloureux; et les symptômes cérébraux n'ont pas offert moins d'inconstance. A cette occasion, je vous ai dit que cette différence dans la sensibilité de l'abdomen avait tenu à l'état du cerveau, dans le moment où l'on examinait la malade; et cette assertion est confirmée par les faits que je viens de vous rappeler. Ils prouvent en effet que toutes les fois que les fonctions du cerveau sont troublées, et qu'il existe en même temps une inflammation dans un autre organe, la douleur produite par cette inflammation diminue, et même disparaît entièrement.

Hippocrate avait déjà fait cette observation; car il dit quelque part : Lorsqu'un individu souffre et

ne se plaint pas, le cerveau est malade, *mens ægrotat.* Ce grand homme avait aussi remarqué que lorsqu'un travail s'opère en même temps dans deux organes différens, le plus énergique affaiblit l'autre; et il a exprimé cette vérité de la manière la plus exacte dans l'Aphorisme 46, L. 2, qu'on a traduit par *duobus doloribus simul obortis*, etc. Je crois avoir démontré (thèse citée) que cette traduction altérait la pensée d'Hippocrate; et je suis confirmé dans cette opinion par les faits relatifs aux affections du cerveau. Ce n'est pas parce que la douleur de tête est plus forte, que celles du ventre, de la poitrine, etc., disparaissent, car souvent il n'existe pas de céphalalgie. Toutefois ici, ce n'est pas non plus parce que l'inflammation est plus forte, puisqu'un épanchement séreux ou sanguin peut produire le même effet: c'est parce que la douleur étant le résultat d'une sensation perçue par le cerveau, tout ce qui peut altérer ses fonctions fait disparaître ce symptôme de l'inflammation.

Mais si cette inflammation est intense, elle n'est point entravée dans son développement par l'affection cérébrale, et tous les autres phénomènes persistent, parce qu'ils ne sont pas, comme la sensibilité, sous l'empire du cerveau: la maladie parcourt ses périodes d'une manière d'autant plus dangereuse, qu'elle est plus difficile à reconnaître, et produit la mort, qu'on attribue à l'affection du cerveau, quoiqu'elle ne soit qu'accessoire. Si l'on fait l'ouverture du corps avec quelque attention, on est surpris de trouver peu de rapports entre les symptômes observés pendant la vie

et les altérations morbides; et ce mécompte jette de la défaveur sur la médecine et sur l'anatomie pathologique en particulier.

Il est donc de la plus grande importance, toutes les fois qu'on observe quelque symptôme qui indique une altération dans les fonctions du cerveau, de ne pas s'en laisser imposer par l'absence de la douleur. Il faut alors interroger avec d'autant plus d'attention les autres phénomènes, qu'étant indépendans de la sensibilité et de la volonté, ils ne varient pas. Ainsi, dans une pleurésie, une pneumonie, le malade peut ne pas éprouver de douleur dans la poitrine; mais la respiration est plus ou moins gênée; la percussion et l'auscultation médiate produisent toujours les mêmes phénomènes dans les mêmes circonstances. Ainsi, quoiqu'un malade ait l'abdomen souple, et ne manifeste aucune douleur, quand on comprime les régions épigastrique, ombilicale, iliaque droite et gauche, si la peau est brûlante et sèche, si la langue est rouge, le pouls fréquent, etc., vous reconnaîtrez, malgré l'absence de la sensibilité et de la contraction des parois abdominales, une inflammation de quelqu'une des membranes muqueuses; si à ces symptômes se joint du dévoiement, vous jugerez que l'inflammation a son siége vers la valvulve iléocœcale ou dans le gros intestin.

Ces symptômes propres sont d'autant plus précieux, que par une sorte de compensation assez bizarre, si les altérations du cerveau masquent, pour ainsi dire, certaines inflammations de l'estomac en faisant disparaître

la douleur, il arrive très souvent aussi que certaines affections cérébrales produisent sympathiquement des nausées, des vomissemens opiniâtres qu'on pourrait regarder comme des symptômes d'une inflammation de l'estomac ; mais alors la peau est fraîche, la langue blanche et humide, le pouls naturel, circonstance que j'ai eu soin de vous faire remarquer chez la femme Léger (Let. 2, n° 18); aussi après la mort, nous n'avons trouvé aucune rougeur dans l'estomac et les intestins, aucune altération du péritoine. Ces considérations, sur la perception de la douleur, s'appliquent à toutes les inflammations compliquées d'affection cérébrale, ainsi que vous l'avez vu par les observations précédentes.

C'est encore à la diminution de la sensibilité qu'il faut attribuer la distension de la vessie, et l'inflammation de sa membrane muqueuse qu'on observe si fréquemment dans les maladies du cerveau, et de ses membranes qui sont accompagnées de stupeur, de somnolence, etc. Le malade ne fait aucun effort pour expulser l'urine contenue dans sa vessie, parce qu'il ne perçoit pas l'impression qu'elle fait sur la membrane muqueuse : elle s'y accumule par conséquent, et distend ses parois tant qu'elles peuvent prêter, alors la résistance que l'urine éprouve de leur part étant plus grande que celle que lui présente le col de la vessie et l'urètre, à mesure qu'il en arrive dans la vessie une nouvelle quantité, elle s'écoule au dehors, dans la même proportion et avec la même vitesse qu'elle est apportée par les uretères, c'est-à-

dire goutte à goutte. Comme les malades sont habituellement mouillés par l'urine, on soupçonne plutôt une incontinence produite par la paralysie des sphincters, que l'espèce de rétention dont nous parlons; il résulte de ce séjour prolongé d'une grande quantité d'urine dans la vessie, qu'une partie est absorbée, comme le prouve l'odeur urineuse qu'acquiert souvent la transpiration ; elle s'y décompose en partie, comme le démontre son odeur fétide et la prompte altération des sondes d'argent qu'on retire de la vessie violacées, noirâtres, en un mot combinées avec l'hydrogène sulfuré. Après la mort, on trouve la membrane muqueuse de la vessie injectée couverte de plaques ou de points comme sanguinolens : souvent le fond de la vessie est pleine de mucosités purulentes. La fréquence de ces inflammations, les circonstances qui les accompagnent, ne me permettent pas de croire qu'elles soient purement accidentelles; il est infiniment probable qu'elles sont dues à l'impression prolongée d'une urine déjà en partie décomposée.

De quelque manière que vous expliquiez cette coïncidence remarquable, il est bien certain que cette rétention d'urine aggrave singulièrement la maladie par l'absorption qui s'opère, et que l'inflammation de la vessie n'est pas un accident moins fâcheux. Il ne faut donc jamais négliger dans les affections cérébrales d'explorer l'hypogastre, pour s'assurer si la vessie n'est pas distendue, surtout dans les cas où l'on prétend que le malade a une incon-

tinence d'urine. C'est probablement à cette complication qu'était due l'odeur de souris qu'exhalaient les malades des Observations nos 6 et 14, Lett. 1re ; je suis d'autant plus porté à le croire, que j'ai remarqué la même odeur chez plusieurs individus affectés de maladies des voies urinaires.

C'est encore au défaut de perception des sensations qu'il faut attribuer la difficulté des vomissemens, toutes les fois que le cerveau est gravement affecté, comme dans les apoplexies et les *ramollissemens*. En effet, le vomissement n'est pas un acte entièrement involontaire, l'estomac a besoin d'être aidé, dans ses efforts, par le diaphragme et les muscles abdominaux. Leur action doit être simultanée, et pour cela, il faut l'influence du cerveau. Mais comme l'émétique, lorsqu'il n'est pas vomi, produit, par son séjour dans l'estomac, une inflammation de la membrane muqueuse, il s'ensuit que, dans ce cas, l'affection du cerveau influe indirectement sur le développement de l'inflammation, ainsi que nous le verrons bientôt. Il est probable que la constipation opiniâtre que nous avons observée chez plusieurs malades, dépendait aussi en partie de l'état du cerveau, car la défécation exige aussi le concours de la volonté.

§. XI. Les symptômes précurseurs des ramollissemens du cerveau seraient d'autant plus importans à cannaître, que la maladie, arrivée à un certain degré, est presque toujours mortelle. Mais ils sont fort obscurs, comme tous les *prodromes* des maladies.

Voyons toutefois ce que les faits nous apprennent à cet égard. Beaucoup d'observations manquent de renseignemens sur les circonstances qui ont précédé l'invasion de la maladie. Dans d'autres, il paraît qu'elle a été subite (voy. Lett. 1re, n° 6 et 14; Lett. 2, n° 1, §. IV et V, et n° 6). Il est possible cependant que les malades ayent éprouvé quelques avant-coureurs dont ils n'ont pas tenu compte. Beaucoup ont éprouvé pendant long-temps des congestions cérébrales, brusques, fortes et fréquentes, accompagnées d'étourdissemens (Lett. 1re, n° 16; Lett. 2, n° 7), d'obscurcissement de la vue, de faiblesse, d'engourdissement d'un côté du corps (Lett. 1re, n° 12), de tintemens d'oreille, de pesanteurs de tête avec embarras dans la parole, fourmillemens dans les membres (Lett. 2, nos 7, 11 et 12), d'illusions d'optique avec coloration des objets en rouge (Lett. 1re, n° 13). Chez plusieurs, ces congestions cérébrales ont même été si fortes qu'on a pensé qu'ils avaient eu de véritables attaques d'apoplexie (Lett. 1re, nos 12 et 13; Lett. 2, n° 7). Il est digne de remarque que les malades qui ont éprouvé les congestions cérébrales les plus énergiques et les plus fréquentes, étaient précisément ceux qui avaient un anévrisme du cœur, ensuite ceux qui avaient une constitution apoplectique bien caractérisée, et qu'enfin les autres avaient un tempérament sanguin, sanguin-bilieux, ou sanguin-nerveux. Chez quelques uns, l'invasion de la maladie a été précédée d'une altération remarquable dans les fonctions in-

tellectuelles. Les uns, quoique très âgés, étaient devenus impatiens, inquiets, moroses, irascibles (Lett. 1re, nos 4 et 19). Marchetti (Lett. 2, n° 4) était tombé dans une mélancolie ombrageuse. La malade du n° 9, Lett. 2, avait le moral très exalté. Le maître vidangeur dont parle Morgagni (Lett. 2, n° 14), a éprouvé tout à coup une terreur panique, les illusions d'optique les plus singulières, puis immédiatement après des convulsions, etc.

Plusieurs autres ont éprouvé, peu de temps avant l'apparition des accidens, des douleurs de tête, tantôt vagues (Lett. 1re, n° 17), tantôt fixes, gravatives et accompagnées de vertiges (Lett. 1re, n° 10); tantôt violentes, accompagnées de convulsions et d'une grande sensibilité de la rétine (Lett. 1re, n° 5), ou bien de faiblesse et de douleurs dans les membres (Lett. 1re, n° 9). D'autres ont été tourmentés pendant un an, deux ans, et même trente ans, par des migraines, des douleurs fixes ou vagues, continues ou intermittentes, avec somnolence, stupeur, etc. Mais chez ces derniers malades, nous avons trouvé une inflammation chronique de l'arachnoïde (Lett. 1re, n° 8; Lett. 2, pag. 101, nos 10 et 15), ou une ulcération de la dure-mère (Lett. 2, n° 5), qui expliquent parfaitement l'ancienneté et la persévérance de la céphalalgie. Il ne faut donc pas confondre la céphalalgie qui débute tout à coup, précède de peu de temps l'invasion de la maladie du cerveau, qui même est déjà accompagnée de quelques uns des

symptômes qui lui sont propres, comme l'engourdissement ou la douleur des membres, avec celle qui se développe lentement, disparaît pour revenir ensuite, et dure pendant des années. Cette dernière dépend de quelque affection chronique du cerveau, ou, ce qui est plus commun, de l'arachnoïde. Sans cette distinction, on attribuerait ces symptômes au *ramollissement* du cerveau, qu'on regarderait alors comme une maladie chronique. Malheureusement, on n'a pas encore étudié convenablement les inflammations chroniques de l'arachnoïde. On n'a pas fait assez d'attention aux altérations de cette membrane. Elles sont peut-être aussi peu connues que les ramollissemens du cerveau.

Enfin d'autres ont éprouvé pendant plus ou moins de temps des symptômes épileptiques, des mouvemens convulsifs, de l'embarras dans la parole, un affaiblissement de la vue, des engourdissemens, des fourmillemens, de la douleur dans les membres. Mais ces symptômes doivent être rapprochés de ceux qui caractérisent la maladie.

Vous voyez qu'on peut réduire les symptômes précurseurs des inflammations du cerveau, aux congestions cérébrales plus ou moins fortes, plus ou moins fréquentes, à une exaltation des facultés intellectuelles, et à la céphalalgie, qui toutes annoncent une fluxion très active de sang vers le cerveau. Ces symptômes peuvent, à la vérité, précéder une apoplexie ou une inflammation de l'arachnoïde. Mais

l'erreur est ici sans conséquence, puisque l'indication à remplir est la même.

§. XII. Les symptômes d'inflammation du cerveau, que nous avons observés, peuvent tous être rapportés à deux états opposés; celui de spasme ou d'irritation, et celui de paralysie ou d'affaissement. Nous allons les examiner successivement, pour voir en quoi ils ressemblent à ceux qui sont produits par l'hémorrhagie cérébrale ou par l'inflammation de l'arachnoïde, et en quoi ils en diffèrent.

La céphalalgie est, comme nous l'avons vu, un des symptômes précurseurs les plus constans. Elle persiste encore pendant la première période de la maladie; mais elle semble diminuer et disparaître même entièrement à mesure que les malades tombent dans l'assoupissement, perdent connaissance, etc., et par la même raison, c'est-à-dire, parce que l'altération du cerveau ne lui permet plus de continuer ses fonctions, et, par conséquent, de percevoir les sensations, ou parce que le malade ne peut les manifester au dehors. C'est ce dont vous pourrez vous convaincre, en parcourant les observations de la Lettre première, n°s 5, 8, 9, 10, 17, 18 et 19; et de la seconde, page 101, n°s 5 et 15.

Vous concevrez aussi pourquoi les individus affectés d'inflammation chronique de l'arachnoïde ou d'ulcérations de la dure-mère, ont éprouvé, pendant si long-temps, des douleurs de tête si violentes; pourquoi ils ont cessé de s'en plaindre, dès

le moment où le cerveau a été gravement compromis. C'est, sans doute, aussi pour la même raison que, dans un assez grand nombre d'observations, il n'est pas question de céphalalgie, les malades n'ayant pu être observés qu'à une époque déjà assez avancée de la maladie. Vous remarquerez aussi que, quand la maladie a marché d'une manière intermittente, ce n'était que dans les momens de rémission que la céphalalgie était manifeste.

Ainsi, par exemple, la malade du n° 6, Lettre 1re, « ordinairement assoupie, semblait cependant se réveiller de temps en temps; alors elle poussait quelques cris, recouvrait la connaissance, tirait sa langue, etc.; interrogée sur l'endroit où elle souffrait, elle cherchait à porter la main *droite* au côté *droit* de la tête. » C'était donc seulement dans les momens lucides qu'elle percevait et manifestait la douleur. La malade du n° 7, Lettre 2, a éprouvé des accès de céphalalgie qui ont été aussi variables que les autres symptômes. Du douzième au dix-huitième jour, elle parut guérie; « cependant elle se plaignait toujours de vives douleurs vers les tempes; » le dix-septième, augmentation de la céphalalgie; le dix-huitième, coma profond, et depuis lors, plus de céphalalgie. L'Observation du n° 14, Let. 2, est encore plus remarquable : le malade avait perdu la parole et conservé l'intelligence; il indiquait du geste une violente douleur de tête, et la maladie était bornée à la voûte à trois piliers, et à la moelle allongée.

Vous voyez qu'il en est de la céphalalgie comme de

la douleur dans les complications de pleurésie, pneumonie, péritonite, gastro-intérite, cystite, etc., dont nous avons parlé. Pour qu'elle se manifeste, il faut qu'elle puisse être perçue, et que le malade puisse exprimer les sensations qu'il éprouve. Cependant quelquefois, quoiqu'il semble plongé dans un état de somnolence, il porte habituellement la main qui est libre vers la tête, et ordinairement vers le côté de la tête qui correspond au côté du corps non paralysé. (*Voyez* Lettre 1re, n° 12.) Cela est d'autant plus important à noter, que la maladie occupant le côté du cerveau opposé à la paralysie, correspond par conséquent au côté sain du corps. Mais, à mesure que l'altération du cerveau fait des progrès, les signes de douleur disparaissent. La céphalalgie n'est donc pas un signe aussi fâcheux que la stupeur, le coma, la perte de l'intelligence, etc. Cependant, quelle que soit l'amélioration des autres symptômes, tant qu'elle persiste, le médecin doit être sur ses gardes, parce qu'après une rémission de presque tous les symptômes, il n'est pas rare de voir le malade mourir tout à coup.

Autant la céphalalgie est fréquente dans les inflammations du cerveau (elle le paraîtrait encore davantage si nous pouvions toujours observer la maladie dès son début), autant elle est rare dans les apoplexies; et cela est tout simple : au moment où le sang s'épanche dans la substance cérébrale, il la désorganise, la comprime, et la prive de toutes ses fonctions, pour peu que l'épanchement soit considérable ; au lieu que

dans l'inflammation, l'altération du cerveau s'opère d'une manière lente et graduée. La désorganisation n'est jamais instantanée comme dans l'apoplexie. C'est donc un signe qui peut aider à distinguer les hémorrhagies des inflammations du cerveau.

§. XIII. Les fonctions intellectuelles sont ordinairement troublées dans les inflammations du cerveau. En parlant des symptômes précurseurs, je vous ai cité plusieurs observations, dans lesquelles les malades avaient montré pendant quelque temps de l'exaltation dans les idées, de l'irascibilité. Mais ces symptômes ont disparu dès que les mouvemens convulsifs et la paralysie se sont montrés. Vous avez dû remarquer aussi que dans un si grand nombre d'observations, il est à peine question de délire. La malade du n° 10, Let. 2, a bien éprouvé un délire sourd; mais vous remarquerez qu'elle avait une inflammation chronique de l'arachnoïde, passée à l'état aigu, que les symptômes de ramollissement ne se sont montrés que dans les derniers jours, et qu'enfin c'était la protubérance annulaire qui était malade. Dans les Observations n° 1, §. IV, et n° 5 de la Let. 2, il est question de frénésie, mais chez le premier il existait une suppuration de l'arachnoïde, *ei inventa est meninx purulenta;* et chez le second, une ulcération de la dure-mère. Dans les autres Observations, les fonctions intellectuelles étaient plutôt diminuées ou anéanties qu'exaltées.

On regarde généralement le délire comme un symptôme des inflammations du cerveau : son absence pour-

rait vous faire douter de la nature inflammatoire des ramollissemens. Mais c'est au contraire une raison de plus pour adopter cette opinion, car on s'est complétement trompé à cet égard; il me sera facile de vous prouver jusqu'à l'évidence qu'on n'observe *jamais* le délire dans les inflammations du cerveau, exemptes de complication, que ce symptôme appartient *spécialement* aux inflammations de l'arachnoïde, qu'on a été induit en erreur par les cas très nombreux dans lesquels l'affection de l'arachnoïde avait précédé celle du cerveau. Je conviens qu'il semblait naturel d'attribuer le délire à l'inflammation du cerveau plutôt qu'à celle de l'arachnoïde; mais, je le répète, on n'était pas moins dans l'erreur. Ne croyez pas pour cela que je fasse de l'arachnoïde le siége du délire; tout symptôme est l'altération d'une fonction, et ne peut être produit que par l'organe qui exécute cette fonction : mais je vous ai déjà dit que les affections de l'arachnoïde influaient sur les fonctions du cerveau, de la même manière que les affections de la plèvre influent sur les fonctions du poumon. Il est impossible que l'arachnoïde soit enflammée, sans que la surface du cerveau, qui est en contact avec elle, en soit affectée; mais son tissu n'en étant point altéré, il résulte seulement de ce voisinage une exaltation dans ses fonctions. Quand, au contraire, l'inflammation a son siége dans la substance même du cerveau, la congestion est trop violente, son tissu en est trop promptement altéré pour qu'il puisse continuer ses

fonctions. Il y a paralysie des fonctions intellectuelles, comme paralysie des mouvemens volontaires, et ces deux symptômes se suivent d'une manière régulière, sauf quelques exceptions, dont la cause est palpable, comme vous allez le voir. Ceci vous explique pourquoi les recherches d'anatomie pathologique, faites sur les cerveaux des aliénés, ont été jusqu'à présent si peu fructueuses; pourquoi ceux, en général, chez lesquels on a trouvé des altérations de cet organe, étaient morts dans un état de démence, de stupidité. Je ne puis trop le répéter; jusqu'à présent, on n'a pas attaché assez d'importance aux altérations de l'arachnoïde. On n'a pas assez tenu compte de son épaississement, de son opacité, des granulations développées à sa surface. (1)

Chez presque tous les malades dont je vous ai rapporté les observations, lorsque les membres étaient complétement paralysés, les fonctions intellectuelles étaient comme engourdies; les réponses lentes, tardives, embarrassées, souvent contradictoires; la mémoire était chancelante ou entièrement abolie; la figure avait perdu toute expression, et portait l'empreinte de la stupeur.

Je vous ai dit que l'intelligence s'affaiblissait dans

(1) M. le professeur Royer Collard, médecin à l'hospice de Charenton, m'a confirmé dans cette opinion, en m'apprenant, il y a quelques jours, que chez presque tous les aliénés qu'il avait ouverts depuis plusieurs années, il avait remarqué ces mêmes altérations de l'arachnoïde.

la même proportion que la paralysie des membres augmentait. Voici les exceptions. Le malade du n° 6, Let. 2, après une espèce d'attaque d'apoplexie, recouvra presque aussitôt sa connaissance, et la conserva pleine et entière jusqu'à la fin. La maladie avait son siége dans le cervelet. Il est fâcheux que, dans l'observation précédente (n° 5), où la maladie était également bornée au cervelet, Paaw ne parle pas de l'état des fonctions intellectuelles. Le malade du n° 11, Let. 2, avait une paralysie des deux moitiés du corps, et cependant il sentait bien sa position, puisqu'il témoignait du *désespoir;* il n'a perdu connaissance qu'à l'agonie. Le ramollissement occupait la protubérance cérébrale. Dans l'observation qui précède, la maladie occupait le même siége; mais il existait en même temps une inflammation chronique de l'arachnoïde avec épanchement. Dans la suivante, il n'est pas fait mention des fonctions intellectuelles. Le malade du n° 14, Let. 2, perdit la parole, mais conserva l'intelligence jusqu'à la fin de la maladie. La voûte à trois piliers, les cuisses, et le corps de la moelle allongée, étaient seuls ramollis. Ainsi, dans ces trois observations, l'altération avait son siége hors des hémisphères du cerveau. En résumé, nous n'avons observé d'exaltation dans les fonctions intellectuelles qu'avant le début de la paralysie. Dans les observations où il est question de délire, de frénésie, la maladie a commencé par une inflammation de l'arachnoïde; la paralysie de l'intelligence a suivi la même

progresion que celle des membres, excepté dans trois cas où la maladie n'affectait pas les hémisphères du cerveau.

§. XIV. Les symptômes qui dépendent de la lésion des fonctions du système musculaire, se présentent aussi sous deux aspects tout-à-fait opposés, avec augmentation ou diminution d'action, avec des phénomènes d'irritation ou de prostration. Nous avons observé ces deux ordres de symptômes dans toutes leurs nuances, depuis les soubresauts des tendons jusqu'aux contractions convulsives, comme tétaniques; depuis l'engourdissement des membres jusqu'à la résolution la plus complète. Les premiers existent également dans les inflammations de l'arachnoïde; les seconds appartiennent aussi aux apoplexies: voyons cependant si, dans leur marche et leur association, nous ne trouverons pas des caractères propres à faire distinguer les inflammations du cerveau de ces deux maladies.

Trois de nos malades éprouvèrent, avant la manifestation de la paralysie, des symptômes d'épilepsie, et tous les trois avaient une affection de l'arachnoïde. Le premier, Let. 2, n° 3, éprouva les symptômes les plus violens : ils durèrent pendant près de trois jours, sans la moindre interruption, et finirent par des soubresauts dans les tendons : c'est aussi celui chez lequel l'inflammation de l'arachnoïde était plus intense. Marchetti (Let. 2, n° 4) eut deux accès très rapprochés, mais qui durèrent peu, et fu-

rent suivis d'un calme de cinq jours; vous avez vu que l'inflammation de l'arachnoïde était moins intense que dans le cas précédent. Enfin, Marie Lucas (Let. 2, n° 8) conserva, après sa chute, une disposition aux accès d'épilepsie; l'arachnoïde était seulement adhérente à la dure-mère et au cerveau, dans une étendue peu considérable. L'altération de l'arachnoïde, dans ces trois cas, annonçait une date ancienne, ainsi que je vous l'ai fait remarquer; c'est donc à elle qu'il faut attribuer les symptômes épileptiques qui ont précédé ceux de ramollissement, et ils ont été continus ou intermittens, à des époques plus ou moins rapprochées, suivant le degré d'intensité de l'inflammation. Le malade de Jean Bauhin (Let. 2, n° 1, §. V) eut aussi des convulsions, des accès d'épilepsie et une inflammation de l'arachnoïde; mais l'observation manque de détails; celle de Morgagni, Let. 1re, n° 21, est encore plus incomplète.

Vailbain, n° 8, Let. 1re, éprouva, pendant quelque temps, de légers mouvemens convulsifs dans *les bras*, des soubresauts dans les tendons, puis une paralysie du côté droit; et nous avons trouvé une double arachnitis chronique et un ramollissement à gauche. La malade du n° 12, Let. 2, avait une agitation singulière du bras non paralysé, et il existait aussi chez elle un ramollissement avec double arachnitis. Le malade de M. Coindet, Let. 2, n° 15, éprouva une espèce d'attaque d'apoplexie, avec paralysie d'un côté et mouvemens convulsifs de

l'autre. Il avait aussi une inflammation chronique de l'arachnoïde et un ramollissement du cerveau. Dans les Observations n° 1, §. IV, et n° 5, Lettre 2, où les symptômes spasmodiques ont précédé ceux de paralysie, il existait également une inflammation de l'arachnoïde. Vous voyez, par ces Observations, que les contractions spasmodiques des muscles peuvent être produites par une inflammation de l'arachnoïde; et nous verrons plus tard que les accès épileptiques, les contractions des membres, les mouvemens convulsifs, les soubresauts des tendons sont les symptômes ordinaires des affections de cette membrane.

Je dois vous répéter, au sujet de ces symptômes, ce que je vous ai dit en parlant du délire; il ne faut pas en conclure que l'arachnoïde ait une influence directe sur les muscles; mais il est impossible qu'elle soit enflammée sans que le cerveau, qui est en contact avec elle, y participe plus ou moins, de la même manière que le poumon participe plus ou moins à l'inflammation de la plèvre qui le recouvre, lors même que son tissu n'en est pas altéré. Le cerveau est irrité par le voisinage de cette inflammation, ses fonctions sont exaltées, et par suite celles du système nerveux qui est sous sa dépendance; par conséquent aussi, celles du système musculaire : de là, les mouvemens convulsifs, etc. : mais, comme le tissu du cerveau est intact ces symptômes spasmodiques ne sont ni accompanés ni suivis de paralysie. Ainsi, quoiqu'on les observe quelquefois dans le début des inflammations

du cerveau, ils ne suffisent pas pour caractériser cette maladie.

Mais vous remarquerez qu'à cette époque le cerveau n'est encore qu'irrité comme dans les cas d'inflammation de l'arachnoïde, que son tissu n'est pas encore altéré : il n'est donc pas étonnant que les symptômes soient les mêmes. Toutefois, il serait déja possible de les distinguer en ce que, quand ils sont produits par l'affection de l'arachnoïde, ils se manifestent ordinairement des deux côtés du corps, parce que la maladie est très rarement bornée à une moitié de la membrane, tandis que quand ils dépendent de l'inflammation du cerveau, ils n'affectent le plus souvent qu'un seul côté, parce que l'affection est presque toujours circonscrite. Au reste, on ne peut pas les confondre pendant long-temps, parce que, dans le dernier cas, il ne tardent pas à être accompagnés de symptômes de paralysie, et même le plus souvent on observe, dès le début, le plus singulier mélange de paralysie et de phénomènes spasmodiques.

§. XV. Le symptôme le plus constant et le plus remarquable que nous ayons noté, c'est une contraction permanente des muscles des membres qui, en raison de la prédominance des fléchisseurs sur les extenseurs, produit une flexion, plus ou moins considérable, de toutes les articulations. (*Voyez* Let. 1re, nos 1, 2, 3, 7, 8, 11, 12; Let. 2, p. 104, nos 1, 3, 7, 8, §. III, XIII, XIV.) Il n'existe quelquefois qu'une simple rigidité, d'autres fois

la contraction est portée au point que le poignet reste appliqué contre l'épaule, et le talon contre la fesse. (*Voyez* n° 6, Lettre 1re.) Quand on essaie d'étendre les membres, on éprouve une résistance qu'il est quelquefois impossible de vaincre, et l'on produit souvent de vives douleurs, qui paraissent avoir leur siége dans les muscles. (*Voyez* Lettre 1re, nos 10 et 11; Lettre 2, n° 1.) Les tendons soulèvent alors la peau comme des cordes. Quelquefois cette roideur de membres est précédée, pendant peu de temps, de fourmillemens, de douleurs lancinantes et spontanées (Lettre 1re, n° 10, Lettre 2, nos 3 et 4), plus prononcées dans les membres supérieurs que dans les inférieurs. La roideur commence aussi toujours par les bras, et, à moins qu'elle ne soit portée au dernier degré, elle y est toujours plus prononcée que dans les jambes. Quelquefois elle est bornée aux bras (Lettre 2, n° 8, §. III, et n° 13), ou elle ne s'étend à la jambe que fort long-temps après (Lettre 1re, n° 10).

Les muscles de la face participent ordinairement à cet état spasmodique; alors la bouche est tirée du côté paralysé, ce qui est le contraire de ce qu'on observe dans les apoplexies : les paupières sont quelquefois fermées par la contraction du muscle orbiculaire, et non comme dans les apoplexies par la paralysie du releveur de la paupière supérieure; aussi sont-elles appliquées l'une contre l'autre d'une manière active; quand on veut les ouvrir, on éprouve de la résistance, et elles se referment aussitôt qu'on cesse de les écarter (Let. 1re,

n[os] 1 et 13). Quelquefois on observe un strabisme permanent de l'œil du côté affecté, ce qui indique que les muscles moteurs de l'œil participent à l'état de ceux des membres (Let. 1re, n° 17; Let. 2, n° 13). Ces contractions permanentes des muscles peuvent être produites aussi par une inflammation aiguë de l'arachnoïde; mais ce qui les distingue de celles qui sont produites par une inflammation du cerveau, c'est que ces dernières sont accompagnées de véritable paralysie. Ceci vous explique pourquoi, dans certains cas, les deux bras étaient fortement contractés, quoiqu'il n'existât de ramollissement que d'un côté; mais lorsque l'observation a été recueillie avec soin, vous avez vu que le bras du côté opposé au ramollissement du cerveau avait plus ou moins perdu de sa sensibilité, tandis qu'elle était conservée dans l'autre; que le premier restait constamment immobile, tandis que l'autre exécutait des mouvemens volontaires. Cette coïncidence de contraction convulsive et de paralysie est donc un caractère distinctif; et vous concevez facilement pourquoi il n'y a point de paralysie quand l'arachnoïde seule est affectée, pourquoi elle existe quand c'est le cerveau : dans le premier cas, le cerveau n'est qu'irrité; dans le second, son tissu est déjà plus ou moins altéré.

La contraction permanente des muscles ne dure pas jusqu'à la fin de la maladie : elle est quelquefois remplacée par des mouvemens convulsifs avec alternative de flexion et d'extension qui ne durent qu'un instant, et reviennent par accès de plus en plus éloignés. (*Voy.* Let. 2, n[os] 7 et 14.) Dans l'intervalle

de ces accès, les membres sont paralysés et dans un état de résolution complète. D'autres fois, cette contraction diminue pour faire place à la paralysie, avec flaccidité des membres et perte totale de la sensibilité. (*Voyez* page 104, Let. 2, n°s 1, 7 et 13.) C'est ce que prouve encore l'observation de la malade du n° 6, Lettre 1re, qui, apportée à l'hôpital le quinzième jour seulement après l'invasion des premiers symptômes, avait le côté *gauche* paralysé, dans un état de flaccidité extrême, avec mobilité de toutes les articulations, tandis que le côté droit, également paralysé, offroit une roideur tétanique portée au plus haut degré. Vous avez vu que le ramollissement du cerveau était beaucoup plus étendu et plus avancé dans l'hémisphère *droit* que dans le gauche; que par conséquent la maladie était plus ancienne de ce côté. Vous avez vu chez le malade n° 17, Lettre 1re, les membres des deux côtés paralysés, flasques et mobiles, tandis que la tête était renversée en arrière, les yeux fixes et divergens. Enfin, chez la femme Mouton, Lettre 1re, n° 7, nous n'avons observé d'autre symptôme de contraction musculaire que le renversement des yeux avec strabisme.

Ainsi la contraction permanente des muscles, en diminuant d'intensité, peut devenir intermittente de la même manière que nous avons vu les symptômes épileptiques être continus ou intermittens, suivant le degré d'intensité de l'inflammation; ce qui prouve que la distinction que Morgagni cherche à établir

entre les convulsions toniques et les convulsions cloniques n'est pas fondée : ce sont seulement des degrés différens ; et, règle générale, la contraction permanente diminue dans la même proportion que la paralysie augmente, c'est-à-dire à mesure que l'altération du cerveau fait des progrès.

§. XVI. Cependant nous avons vu dans plusieurs cas la paralysie précéder de long-temps la rigidité des membres, et celle-ci aller successivement en augmentant. Voyons si ces faits détruisent la règle générale et l'explication que nous en avons donnée ; et, pour cela, examinons-les en détail.

La nommée Mouton (Lett. 1re, n° 7) perdit tout à coup l'usage de la parole, et, neuf jours après, le mouvement et une partie de la sensibilité du côté *droit :* ensuite on observa un renversement des yeux et du strabisme. A la surface de l'hémisphère *gauche*, deux épanchemens du volume d'un pois, et la substance cérébrale environnante réduite en bouillie. Ces deux petits épanchemens n'étaient-ils pas la cause de ces deux attaques d'apoplexie dont les symptômes ont été peu intenses? Et le ramollissement n'était-il pas le résultat de l'inflammation consécutive développée autour des caillots? Il est clair qu'alors les symptômes d'inflammation n'ont pu se montrer qu'après ceux de paralysie.

Vailbain, Lett. 1re, n° 8, après les symptômes d'arachnoïdite chronique, dont je vous ai parlé, éprouva tout à coup une paralysie incomplète du

côté *droit ;* huit jours après, douleurs violentes dans les membres paralysés, un peu de roideur dans les articulations ; trois jours après, roideur excessive. Espèce de caillot, du volume d'une noisette, à la surface de l'hémisphère *gauche ;* substance cérébrale environnante d'une mollesse diffluente. N'est-il pas évident que cette hémiplégie peu intense a été produite par ce petit caillot de sang, et que l'inflammation qui a produit le ramollissement de la substance cérébrale environnante, a été consécutive ; et d'après cela, est-il étonnant que les symptômes inflammatoires n'aient paru que le huitième jour, et qu'ils aient augmenté pendant les trois jours suivans?

Le malade du n° 12, Lett. 1re, avait, le jour de son entrée, le bras *droit* engourdi, les muscles un peu faibles, la bouche légèrement déviée à gauche ; le lendemain, paralysie complète des membres supérieurs *droits,* incomplète des inférieurs ; le quatrième jour, roideur du sterno-mastoïdien paralysé ; le soir, commencement de roideur dans le bras ; le cinquième, augmentation de la roideur qui s'étend à la jambe ; le soir, écume sur les lèvres, etc. Au milieu du corps strié gauche, espèce d'infiltration de sang en forme de noyau, d'environ un pouce et demi, substance cérébrale environnante d'autant plus ramollie qu'on l'examinait plus près de cette espèce de caillot. Vous voyez que la paralysie n'était pas survenue tout à coup comme dans les apoplexies ordinaires ; aussi le sang était plutôt infiltré qu'épanché dans la substance cérébrale. Les symp-

tômes inflammatoires commencèrent à se manifester le quatrième jour, et augmentèrent de jour en jour : les traces de l'inflammation du cerveau étaient d'autant plus prononcées, que la substance cérébrale était plus près du caillot. Ici les symptômes ont traduit avec tant de fidélité, à l'extérieur, les phénomènes qui se passaient dans l'intérieur du cerveau, que nous pouvons suivre pas à pas la marche et la succession des deux maladies.

Le malade du n° 11, Lettre 1re, avait une paralysie incomplète du côté *droit*. Le soir, on remarqua un peu de roideur dans les membres paralysés; le lendemain, mouvemens convulsifs, irréguliers, intermittens; le surlendemain, roideur tétanique du cou. A la surface de l'hémisphère gauche, deux caillots du volume d'une aveline; un peu plus loin, espèce de suppuration de la partie postérieure du ventricule du même côté. Vous voyez que les symptômes spasmodiques, précédés de ceux de paralysie, ont suivi dans une progression croissante la même marche que nous leur avons vu suivre en sens inverse dans les cas d'inflammation simple.

Augrement (Lettre 1re, n° 10) tomba dans un état d'apoplexie faible; rigidité des muscles fléchisseurs du bras paralysé, douleurs aiguës, etc. Au bout d'un mois, les mêmes symptômes se sont étendus à la jambe. Caillot dans l'hémisphère du côté opposé, suppuration des parois du foyer.

Dans l'Observation de M. Gombaut, page 104, la roideur du membre paralysé, d'abord peu consi-

dérable, augmenta pendant plusieurs jours. Il existait aussi une espèce de caillot, autour duquel la substance cérébrale était désorganisée. Il est probable, d'après ce qui précède et les autres détails de l'observation, qu'avant d'entrer à l'hôpital le malade avait d'abord éprouvé de la paralysie sans roideur.

Vous voyez que, dans ces six observations, les symptômes ont suivi une marche tout-à-fait inverse à celle que nous avons observée dans les cas où l'inflammation du cerveau était primitive. La paralysie s'est montrée la première; elle est survenue tout à coup, quand il s'est fait un véritable épanchement de sang, et lentement, lorsque le sang s'est plutôt infiltré qu'épanché. Mais dans un cas comme dans l'autre, elle a existé seule pendant plus ou moins de temps, parce que la désorganisation du cerveau a précédé son inflammation. Ensuite, les symptômes spasmodiques se sont mêlés à ceux de paralysie, à mesure que l'inflammation produite par la présence du caillot s'est développée, et ils ont augmenté avec elle. Dans les inflammations ordinaires du cerveau, les symptômes d'irritation précèdent ceux de paralysie, parce que le tissu du cerveau n'est point encore altéré; ils se confondent lorsque cette altération commence; et lorsque l'irritation est passée et la désorganisation achevée, il ne reste que la paralysie avec résolution, flaccidité, comme dans l'apoplexie. Vous voyez que la succession de ces deux ordres de symptômes nous permet non seulement

de distinguer les inflammations cérébrales des apoplexies, mais même de reconnaître quand l'inflammation succède à l'apoplexie.

Vous avez dû remarquer que, dans toutes ces observations, l'épanchement de sang était peu considérable. Cette circonstance est très importante sous plusieurs rapports. D'abord il en est résulté que la paralysie a été incomplète, et vous avez vu qu'elle a commencé par la langue et les bras, que les membres supérieurs étaient plus affectés que les inférieurs; qu'enfin, la paralysie semble avoir commencé par les muscles, pour ne s'étendre à la peau que quand elle était plus intense, puisque les malades conservaient encore de la sensibilité, lorsque déjà ils avaient perdu l'usage du membre. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette dernière circonstance. Enfin, vous avez vu que les symptômes inflammatoires étaient aussi plus prononcés dans les membres supérieurs que dans les inferieurs.

Le peu d'étendue de l'épanchement sanguin vous explique aussi pourquoi l'inflammation de la substance cérébrale environnante a pu se manifester au dehors par des symptômes spasmodiques aussi prononcés. Cet épanchement n'était pas assez considérable pour anéantir entièrement les fonctions de tout l'hémisphère affecté; et la preuve, c'est que, chez tous ces malades, la paralysie était incomplète. Vous concevez aussi très facilement pourquoi, dans certaines apoplexies, les malades éprouvent, au bout d'un temps plus ou moins long, des fourmillemens,

des douleurs, des élancemens dans les membres paralysés, quoiqu'ils n'aient pas recouvré la sensibilité; de la roideur, des mouvemens convulsifs dans les muscles, quoiqu'ils ne puissent se servir de leurs membres. (1)

Depuis que M. Rochoux, dans son excellent ou-

---

(1) Hippocrate, dans le premier Livre des *Épidémies*, malade 13, parle d'une femme qui perdit tout à coup la parole. La main droite était paralysée, et cependant agitée de mouvemeus convulsifs : *dextra manus languit cum convulsione, apoplectico modo*. Cette observation fut, pour les commentateurs, un sujet de discussion interminables. Ils admettent bien que la même main a été affectée de paralysie et de convulsions; mais Vallesius ne croit pas que ces deux symptômes aient pu exister en même temps. Duret admet leur existence simultanée; mais il suppose que la paralysie avait son siége dans les nerfs, et les convulsions dans les muscles. Prosper Martian pense que la paralysie et les convulsions peuvent affecter simultanément les mêmes nerfs. Enfin Morgagni, sans rejeter l'opinion de Prosper Martian, la modifie, en supposant que quelques filets de nerfs, n'étant pas entièrement paralysés, ont pu transmettre à quelques muscles des mouvemens convulsifs. On a encore imaginé plusieurs autres hypothèses, plus ou moins subtiles, pour expliquer ce singulier problème de la coïncidence, dans un même membre, de convulsions et de paralysie. Mais il faut avouer qu'aucune n'est satisfaisante : rien n'est cependant plus facile à concevoir, d'après ce qui précède L'inflammation du cerveau produit des contractions convulsives dans les muscles; mais elles sont involontaires. On ne peut pas dire qu'il y ait alors paralysie des muscles; il y a seulement absence de la volonté. En même temps la peau est insensible, c'est-à-dire que le cerveau enflammé ne perçoit plus les impressions qui lui sont transmises par les nerfs. La contraction involontaire des muscles et l'insensibilité de la peau ne sont donc pas, dans ce cas, incompatibles. Mais leur existence simultanée ne peut se concevoir que par un état inflammatoire du cerveau.

vrage sur l'apoplexie, a fixé l'attention des observateurs sur les ramollissemens de la substance cérébrale qui environne le sang épanché, cette altération mieux étudiée paraît très fréquente, je dirai presque constante; et cela doit être, car il est difficile de concevoir qu'un corps étranger séjourne pendant long-temps au milieu de la substance cérébrale, sans y déterminer une inflammation. Pour mon compte, je puis vous assurer que les seuls cas où, après avoir observé avec attention, je n'ai rien remarqué de semblable, étaient ceux où les malades étaient morts très promptement. Mais s'il en est ainsi, pourquoi les symptômes dont nous venons de parler se montrent-ils si rarement à la suite des apoplexies? C'est qu'il arrive rarement que les épanchemens de sang soient aussi peu étendus que chez ces six individus.

§. XVII. Plusieurs de nos malades ont éprouvé des alternatives bien tranchées d'excitation et de collapsus, de mouvemens convulsifs et de paralysie avec flaccidité des membres (n°s 11, 13 et 14, Let. 1re; n°s 9 et 14, Let. 2e). L'alternative de ces deux ordres des symptômes est ici fort remarquable, parce que les inflammations de l'arachnoïde produisent aussi quelquefois des mouvemens convulsifs qui reviennent par accès plus ou moins longs, à des intervalles plus ou moins éloignés : mais entre ces accès, les membres ne sont pas paralysés, parce que le tissu du cerveau n'est pas altéré. Quelquefois les deux côtés du corps participent à ces accès convulsifs, après lesquels

l'un des deux reste seul paralysé. Dans ce cas, il existe une inflammation de l'arachnoïde des deux côtés, et un ramollissement du côté opposé aux membres paralysés. (*Voy.* l'Obs. 9, Let. 2.) Ces accès ont offert chez tous ces malades de grandes variétés, dont l'examen des cadavres nous a expliqué la cause : mais voyons d'abord ce qu'ils ont offert de commun.

Ils ont été en général très courts, les plus longs n'ont guère duré que quatre à cinq minutes ; ils ont diminué d'intensité et de fréquence vers la fin de la maladie, et ont cessé tout-à-fait plus ou moins de temps avant la mort. Au moment de l'accès, la face était rouge, animée, injectée, l'œil vif et brillant, ce qui prouve qu'il s'opérait alors une congestion cérébrale énergique. Les muscles devenaient durs, les tendons saillans sous la peau, les membres et les doigts se fléchissaient et s'étendaient alternativement, et d'une manière brusque. La bouche, qui, avant l'accès, était tirée du côté opposé à la paralysie, se déviait alors du côté de la face qui était affecté de convulsions. Les muscles moteurs des yeux ont constamment participé à ces accès ; car, pendant toute leur durée, et chez tous ces malades, les yeux étaient renversés, divergens et très mobiles. Je vous ai fait remarquer que quand la contraction des muscles était continue, le strabisme était permanent. Dans le moment de l'accès, les malades perdaient connaissance et la recouvraient après ; puis, à mesure que les accès devenaient plus faibles, moins fré-

quens, et que la paralysie augmentait, les fonctions intellectuelles s'affaiblissaient.

Cette succession des symptômes que nous avons déjà remarquée en parlant des contractions permanentes, tient à ce que l'irritation diminue à mesure que la désorganisation augmente. Ces deux ordres de symptômes répondent aux deux périodes des inflammations admises par les anciens et les modernes, sous les noms de période de *crudité* ou d'*irritation*, et de *coction* ou de *suppuration*. Vous savez en effet que la première est caractérisée par la douleur, l'afflux du sang, etc., et qu'au moment où la suppuration s'établit, c'est-à-dire, où le tissu enflammé se désorganise, l'irritation diminue, etc. Vous savez aussi que les inflammations marchent rarement d'une manière égale et continue; les malades éprouvent alternativement des momens de relâche et d'exacerbation. Il n'y a donc rien dans ces symptômes et dans leur succession qui ne soit conforme à ce qu'on observe dans les autres inflammations phlegmoneuses aiguës.

Je vous ai dit que ces accès avaient offert quelques différences dont il était facile de se rendre compte. Déjà je vous ai expliqué pourquoi la malade du n° 9, Let. 2, avait eu des convulsions de tout le corps, et une paralysie d'un seul côté; pourquoi celle du n° 14, Let. 1re, avait éprouvé des mouvemens convulsifs, avec paralysie d'un côté, et une agitation remarquable de l'autre. Vous avez vu qu'il existait dans ces deux cas, outre un ramollissement, une double

inflammation de l'arachnoïde. Chez le malade du n° 14, les symptômes ont été les mêmes des deux côtés, et la maladie occupait la moelle allongée.

La malade du n° 11, Lettre 1re, a éprouvé les symptômes les plus compliqués et les plus bizarres, et cependant, dans l'examen que j'ai fait de cette observation, je vous ai fait voir qu'en les comparant les uns après les autres, aux différentes altérations trouvées après la mort, il n'en était pas un seul dont on ne pût facilement trouver la cause. Je ne puis pas répéter ici ce parallèle. Je vous rappellerai seulement qu'il existait deux épanchemens de sang à la surface de l'arachnoïde, un autre dans l'un des hémisphères, et deux ramollissemens.

La malade du n° 13, Let. 1re, a éprouvé dans ses accès des symptômes croisés, de manière que les membres du côté *droit* et les muscles de la face du côté *gauche* étaient en même temps agités de mouvemens convulsifs. La couche des nerfs optiques *droite*, une partie du corps strié *gauche*, et de la protubérance annulaire du même côté, étaient désorganisées.

Enfin, celle du n° 7, Let. 2, a offert, dans tout le cours de la maladie, une étonnante variation dans les symptômes d'ailleurs très compliqués; ils se sont succédés de la manière la plus irrégulière, et vous avez vu qu'il existait en même temps une inflammation de l'arachnoïde et deux ramollissemens, un dans chaque hémisphère, et qu'enfin le traitement avait été extrêmement variable.

Quoique je sois entré dans les détails les plus

minutieux, à l'occasion de chacune de ces observations, j'ai cru devoir, en les rapprochant ici, vous en rappeler les principales circonstances, pour vous convaincre que cette inconstance dans la marche de la maladie, cette complication, cette irrégularité bizarre des symptômes, ont été le résultat d'une succession d'exacerbations et de rémissions qu'on observe aussi dans les inflammations des autres organes, et de complications, tantôt d'épanchement de sang, tantôt d'inflammation de l'arachnoïde, tantôt de plusieurs inflammations développées successivement dans différentes parties du cerveau.

§. XVIII. Je ne vous ai parlé en particulier que des cas dans lesquels les accès avaient été très caractérisés; mais en général il est rare que les symptômes de *ramollissement* suivent une marche régulière et continue. Le plus souvent les malades éprouvent des alternatives d'amélioration et de rechutes; ils sont tantôt assoupis, tantôt agités; ils perdent et recouvrent la connaissance; la paralysie diminue pendant quelques instans pour augmenter ensuite. Ils éprouvent quelquefois une amélioration si remarquable que le médecin les croit presque hors de danger. On ne remarque pas ces inégalités dans la marche des apoplexies, et cela doit être, puisque les symptômes sont produits par un épanchement de sang qui n'est pas susceptible de varier d'un instant à l'autre comme la marche d'une inflammation. Ces symptômes et surtout les plus compliqués et les plus irréguliers, sont précisément ceux qu'on a regardés

comme caractéristiques des fièvres *ataxiques*, *pernicieuses*, etc. Aussi les observations que je vous ai citées en dernier lieu portaient ce titre, et vous avez vu que les malades avaient été traités en conséquence.

§. XIX. MM. Montain (Traité de l'Apoplexie, 1811) admettent une apoplexie *nerveuse asthénique*, dont les caractères distinctifs sont *des mouvemens convulsifs dans les muscles*, *des oscillations de la vue*, *une sorte de roulement des yeux dans leur orbite*, *la contraction des muscles de la face*, *une paralysie d'un côté du corps et des mouvemens convulsifs de l'autre*, etc. Ces symptômes ressemblent tellement à ceux que nous venons d'examiner, qu'il est impossible de douter un instant de l'identité des apoplexies *nerveuses sthéniques* avec les inflammations du cerveau simples ou compliquées.

§. XX. Quelques heures après l'administration de la noix vomique, on observe de la roideur dans les membres, des contractions spasmodiques, avec secousses brusques, etc.; ces phénomènes ne durent pas ordinairement long-temps et ne se renouvellent qu'après chaque administration du médicament, mais quelquefois ils finissent par persister d'une manière à peu près continue; les accidens s'aggravent, et le malade meurt peu de temps après. J'ai vu deux cas semblables, et chaque fois, à l'ouverture du corps, j'ai trouvé la substance cérébrale qui environnait le caillot, désorganisée, d'une mollesse diffluente, et cela dans une grande étendue. Ces rapprochemens vous indiquent assez quel est le mode

d'action de la voix vomique, et doivent rendre circonspect dans son emploi.

§. XXI. La paralysie des muscles n'a pas toujours été précédée ou accompagnée de mouvemens convulsifs ; mais, dans ce cas, nous avons encore observé la même marche graduée et progressive que je vous ai fait remarquer dans les observations précédentes ; elle a même été en général beaucoup plus lente. Parmi ces malades, les uns ont commencé par perdre la vue, ont éprouvé de l'embarras dans la parole (Lett. 1re, n° 15; Lett. 2, n° 11), un sentiment de pesanteur et d'engourdissement dans le côté du corps qui, par la suite, a été paralysé (Obs. A, p. 101; Lett. 2, nos 2 et 11). La bouche s'est déviée; mais quelquefois on ne s'en est aperçu que quand le malade contractait les muscles de la face (p. 101). La langue s'est déviée en sortant de la bouche : ensuite la paralysie a envahi successivement les membres supérieurs, puis les inférieurs. Enfin, lorsque la maladie a eu son siége dans la protubérance annulaire (Obs. n° 11 et 12; Lett. 2), ou des deux côtés à la fois (p. 101), ou qu'elle a été si considérable, d'un côté, qu'elle dépassait la ligne médiane (Lett. 1re, n° 18; Lett. 2, n° 2), elle a fini par affecter à peu près également les deux côtés du corps; les malades alors n'ont pas tardé à succomber. Ainsi, lors même que la paralysie n'est ni précédée ni accompagnée de symptômes spasmodiques, sa marche, lente et progressive, suffit pour la faire distinguer de celle qui est produite par l'apoplexie. Dans quelques cas, à

la vérité, la maladie a débuté avec autant de promptitude qu'une apoplexie; mais les symptômes spasmodiques ont été très prononcés. Dans d'autres, enfin, la paralysie s'est manifestée tout à coup, sans être accompagnée de contraction musculaire; mais, précisément dans tous ces cas, la maladie avait commencé par un épanchement de sang, comme vous l'avez vu dans les six Observations que nous avons examinées §. XVI.

Ainsi, lorsque le début de l'inflammation est très rapide, elle est facile à distinguer de l'apoplexie, par la présence des symptômes spasmodiques; quand la paralysie n'est pas accompagnée de symptômes spasmodiques, elle marche avec plus de lenteur, et cette lenteur peut facilement la faire distinguer de celle qui est produite par l'apoplexie. Nous pouvons tirer de ce rapprochement une autre conséquence : c'est qu'en général plus l'inflammation est aiguë, plus les symptômes d'irritation sont prononcés, et c'est ce qu'on observe dans toutes les inflammations. Je vous ai fait voir (pages 209 et suivantes) l'analogie qui existait entre les ramollissemens du cerveau et les hépatisations du poumon; et, puisqu'il arrive quelquefois que tout un poumon est désorganisé, infiltré de pus, sans que le malade ait éprouvé la moindre douleur dans la poitrine (c'est ce que quelques médecins ont appelé pneumonies latentes), une inflammation peut bien se développer lentement dans le cerveau, y produire la même altération qu'une inflammation aiguë,

sans que la paralysie, qui en est le résultat, soit accompagnée des symptômes d'irritation que nous avons remarqués dans les autres cas. L'absence de ces symptômes ne prouve donc pas que ces ramollissemens soient d'une autre nature que les premiers.

Ce sont probablement des observations semblables à ces dernières qui ont fait admettre à MM. Montain (ouvrage cité) une apoplexie *nerveuse asthénique.* (1)

Il paraît aussi que ce sont des faits analogues qui ont servi de type à la description que MM. Bayle et Cayol nous ont laissée des symptômes du ramollissement, dans l'excellent article *Cancer*, du Dictionnaire des Sciences médicales (*Voy.* p. 648). Comme cette description très courte est la seule que je connaisse, je la transcrirai pour que vous puissiez en juger plus exactement.

« Le ramollissement du cerveau s'annonce ordinairement par une diminution notable des forces musculaires, et particulièrement des *jambes;* les malades se laissent tomber au moment où ils y pensent le moins, parce que, disent-ils, les *jambes leur manquent tout à coup;* d'autres ont une démarche chancelante, comme s'ils étaient ivres : en même temps diminution progressive des facultés intellectuelles, qui va jusqu'à l'idiotisme; puis hémiplégie complète ou incomplète du côté opposé au ramollissement; nulle altération sensible de la

(1) Depuis la publication de cet ouvrage, j'ai eu la satisfaction d'apprendre de l'un des frères Montain, qu'ils avaient entièrement adopté l'explication que j'avais donnée de ce qu'ils avaient appelé *fièvre nerveuse sthénique et asthénique.*

nutrition ; bon appétit.... Au bout d'un temps plus ou moins long, ces malades meurent d'*apoplexie*, de *fièvre ataxique*, ou de *convulsions*.

« Chez les enfans, le ramollissement de la substance cérébrale se manifeste quelquefois par des symptômes tout-à-fait semblables à ceux de l'hydrocéphale interne chronique. »

Il paraîtrait, d'après cette description, que les membres inférieurs sont plus affectés que les supérieurs ; et, jusqu'à présent, vous avez toujours vu que c'était exactement le contraire. Ce qui a certainement induit en erreur des observateurs aussi exacts que MM. Bayle et Cayol, c'est que les membres inférieurs supportant tout le poids du corps, la moindre diminution des forces musculaires devient très apparente par la chute du malade.

Vous concevez aussi comment il faut interpréter la mort de ces malades par une *apoplexie*, une *fièvre ataxique*, ou des *convulsions* : pourquoi on observe quelquefois chez les enfans des symptômes d'hydrocéphale interne *chronique*.

§. XXII. Je me suis beaucoup étendu sur les symptômes qui dépendent de la lésion des fonctions musculaires, parce que ce sont les plus apparens, les plus caractéristiques. Il me restera peu de choses à dire de ceux qui dépendent de la sensibilité ou perception des sensations produites par les agens extérieurs. Quelques uns de nos malades ont éprouvé, comme vous l'avez vu, dans les principes, des tintemens, des bourdonnemens dans les oreilles : mais, à mesure que les fonctions in-

tellectuelles se sont affaiblies, que la paralysie a fait des progrès, l'oreille est devenue paresseuse, les malades n'ont plus entendu que quand on criait très fort : d'autres ont éprouvé, dans les premiers jours, une telle sensibilité de la rétine, qu'elle ne pouvait supporter l'impression de la lumière. Plus tard, la pupille était contractée et immobile; enfin, dans les derniers instans, elle est restée dilatée.

L'état de la pupille mérite d'autant plus d'attention, que dans presque toutes les observations de *ramollissement* où il en est fait mention, elle était contractée; tandis que dans les apoplexies elle est en général dilatée; et vous avez dû remarquer qu'elle était resserrée précisément chez les malades qui éprouvaient des contractions musculaires; que quand la maladie n'existait que d'un côté du corps, c'était l'œil de ce côté qui était affecté; que quand les symptômes convulsifs ne revenaient que par accès, c'était au moment de l'accès que la pupille était resserrée; qu'enfin, à mesure que la paralysie faisait des progrès, la pupille devenait de plus en plus dilatée; et de même que les malades ne pouvaient se servir de leurs membres, quoique l'action des muscles fût très augmentée, de même ils avaient perdu la faculté de distinguer les corps extérieurs, quoique le resserrement de la pupille annonçât une augmentation de la sensibilité de la rétine. Vous voyez que ces phénomènes sont analogues, et tiennent à la même cause, l'exaltation morbide des fonctions du cerveau.

Plusieurs de nos malades ont éprouvé dans les membres paralysés des douleurs aiguës, pongitives, lancinantes, qui augmentaient lorsqu'on touchait le membre, surtout lorsqu'on voulait l'étendre (Let. 1re, n° 8, 7; Let. 2, n° 7). Ces douleurs paraissaient avoir leur siége dans les muscles; d'autant plus que chez le malade n° 7, Let. 2, la peau était tout-à-fait insensible. Ce symptôme, qu'on n'observe pas dans les apoplexies, est bon à noter, puisque dans l'Observation n° 9, Let. 1re, il a été le seul phénomène spasmodique qu'on ait observé. La paralysie de la peau a suivi en général la même progression que celle des muscles, mais avec cette différence qu'elle a commencé plus tard, et a toujours paru moins intense, au moins pendant très long-temps; en sorte que les membres avaient déjà perdu entièrement la faculté de se mouvoir, lorsque la peau conservait encore toute sa sensibilité. Je vous ai fait remarquer aussi qu'elle avait souvent disparu au bras, tandis qu'elle existait encore à la jambe. Enfin, nous avons vu beaucoup de malades chez lesquels elle ne s'était entièrement éteinte dans ces parties qu'au moment de la mort. Le degré de sensibilité dont jouissent les membres est donc un excellent indicateur du degré d'intensité de la paralysie, et par conséquent de l'état plus ou moins avancé de la maladie : il peut faire apprécier ses progrès. Sous ces rapports, il doit avoir une grande influence sur le pronostic.

Depuis long-temps on avait observé des cas dans lesquels un membre avait perdu le mouvement,

quoique la peau eût conservé la sensibilité. La plupart des auteurs qui ont parlé de ce phénomène, ont supposé que les nerfs qui se rendent à la peau et ceux qui vont aux muscles, étaient d'une nature différente, et qu'ils pouvaient être affectés isolément : mais cette explication ne peut être admise par ceux qui possèdent les plus simples notions d'anatomie. D'autres ont imaginé des hypothèses encore moins plausibles, et qui ne méritent pas même d'être indiquées. Rien n'est cependant plus facile à concevoir. Voici en général la marche que nous avons observée dans les symptômes. Le bras commençait par être engourdi, faible, puis perdait tout-à-fait le mouvement; alors quand on pinçait fortement la peau, le malade témoignait de la douleur sans pouvoir retirer son bras; la maladie faisant des progrès, la jambe perdait aussi le mouvement, conservait la sensibilité, mais le bras la perdait en même temps; enfin elle disparaissait aussi quelquefois à la jambe. Ainsi toutes les fois que la paralysie n'a porté que sur le système musculaire, c'est qu'elle était faible, ce qui se réduit à dire que la sensibilité persiste plus long-temps que la myotilité. Mais le mouvement volontaire d'un membre est le produit d'un acte spontané du cerveau. La perception de l'impression produite à l'extrémité d'un nerf est un acte indépendant de la volonté, qui n'exige pas par conséquent que le cerveau entre spontanément en action. Il est facile de concevoir que la partie du cerveau malade soit assez altérée pour ne

pouvoir plus avoir une influence active sur les nerfs qui en dépendent, et pas assez pour qu'elle ne puisse plus recevoir l'impression qui lui est communiquée par ces mêmes nerfs ; et vous remarquerez que, précisément dans les cas dont nous avons parlé, l'altération du cerveau ne devait pas être considérable, puisque la paralysie était incomplète. Enfin, ce qui prouve la vérité de cette explication, c'est qu'on voit quelquefois des malades qui, ayant conservé la sensibilité, et ne pouvant pas mouvoir volontairement les membres paralysés lorsqu'on les y engage, les retirent cependant lorsqu'on pince fortement la peau. N'est-il pas évident que, dans ce cas, c'est la sensation qui a réveillé l'action spontanée du cerveau?

On observe quelquefois dans les apoplexies cette paralysie isolée des muscles ; mais très rarement, parce que l'épanchement se faisant tout à coup, la substance cérébrale est trop altérée pour continuer à percevoir les impressions extérieures. Dans les inflammations, l'altération se faisant plus lentement, la paralysie ne se manifeste, pendant plus ou moins long-temps, que par l'absence des mouvemens volontaires : c'est donc encore un caractère qu'il est bon de noter.

Enfin, pour tenir compte de tout ce qui peut aider au diagnostic des ramollissemens, je dois vous faire observer que, chez un tiers à peu près de nos malades, la paralysie a successivement affecté les deux côtés du corps, parce que la maladie a occupé l'un et l'autre hémisphère ou la protubérance annu-

laire. Or, dans l'apoplexie, il est rare que la paralysie occupe les deux côtés du corps, ou bien cela arrive tout d'un coup quand elle est, comme on dit, foudroyante. Lorsqu'il existe un épanchement, il peut bien augmenter, mais il est rare qu'il s'en fasse un second dans l'autre hémisphère.

Après avoir examiné toutes ces circonstances qui peuvent aider à faire distinguer les inflammations du cerveau de celles de l'arachnoïde et des hémorrhagies, je dois vous rappeler que, parmi les observations que j'ai puisées dans les auteurs, il en est qui n'ont offert aucun des caractères propres à établir cette distinction. Mais tantôt les malades sont morts sans avoir pu être observés (Let. 1re, n° 19; Let. 2, n° 4, §. III), tantôt ils ne l'ont été que dans les derniers instans de leur existence (Let. 1re, n° 16; Let. 2, n° 1, §. VII), d'autres fois les symptômes ont été plutôt indiqués que décrits (Let. 1re, nos 18, 20 et 21; Let. 2, n° 8, §. IV); enfin, j'ai eu soin de vous faire remarquer que les symptômes spasmodiques précédaient ceux de paralysie et cessaient souvent très promptement; qu'ils ne se montraient quelquefois que par accès très courts, peu intenses et à des intervalles assez éloignés : or, vous savez combien il est difficile d'obtenir des renseignemens exacts sur ce qui a précédé l'arrivée du médecin, combien il est facile, quand on n'a pas l'habitude d'observer une maladie, de laisser échapper une foule de circonstances qu'on néglige, parce qu'on n'en connaît pas l'importance. Quelques observations isolées ne pour-

raient donc pas détruire des conséquences déduites d'un grand nombre de faits recueillis avec soin et par des observateurs différens.

§. XXIII. En résumé, les affections du cerveau et celles de l'arachnoïde, par leur influence sur les fonctions du cerveau, se manifestent à l'extérieur par la lésion de ces mêmes fonctions, c'est-à-dire, par des symptômes qui ont rapport aux sensations, à l'intelligence et aux mouvemens volontaires.

Les symptômes des inflammations du cerveau présentent deux caractères tout-à-fait opposés; ceux d'irritation et ceux de collapsus. De là, d'une part, l'exaltation des facultés intellectuelles, la céphalalgie, la sensibilité de la rétine, la contraction de la pupille, les douleurs des membres, la contraction continue ou intermittente des muscles : de l'autre, la diminution de l'intelligence, la stupeur, la somnolence, la dureté de l'ouïe, la perte de la vue, de la parole, la paralysie des muscles, l'insensibilité de la peau. Les premiers de ces symptômes s'observent aussi dans l'inflammation de l'arachnoïde, et les seconds dans l'apoplexie. Mais on ne les trouve réunis que dans les inflammations du cerveau, parce que, dans le premier cas, il y a irritation du cerveau sans altération de son tissu; dans le second, il y a d'abord altération sans irritation : ce n'est que dans l'inflammation du cerveau qu'il peut y avoir successivement irritation et désorganisation. Quand la paralysie précède les symptômes spasmodiques, c'est que l'altération de tissu précède l'inflammation, c'est-à-dire,

qu'il s'est fait d'abord un épanchement de sang. Enfin, quand les symptômes spasmodiques manquent, la marche lente et progressive de la paralysie peut la faire distinguer de celle qui est produite par une hémorrhagie cérébrale.

Ainsi, en dernière analyse, dans l'inflammation de l'arachnoïde, *symptômes spasmodiques sans paralysie;* dans l'hémorrhagie, *paralysie subite, sans symptômes spasmodiques;* dans l'inflammation du cerveau, *symptômes spasmodiques, paralysie lente et progressive, marche inégale et intermittente.*

§. XXIV. Jusqu'à présent je n'ai parlé que des cas dans lesquels on a remarqué de la paralysie; et cependant, dans les Observations n[os] 18, 19, 20, 21 et 22, Let. 2, il n'est pas fait mention de ce symptôme : à quoi tient son absence dans ces cinq observations seulement? Remarquez d'abord que, dans toutes les autres, la maladie avait son siége dans le cerveau, dans le cervelet, dans la protubérance annulaire ou la moelle, et que toutes ces parties communiquent directement avec la moelle épinière, comme le prouve la plus facile des préparations du cerveau. D'un autre côté, dans les cinq observations en question, l'altération ne s'étendait pas au-delà du corps calleux, du septum lucidum et de la voûte à trois piliers. Or, de chaque côté, le corps calleux se prolonge transversalement dans les deux hémisphères du cerveau, par des fibres qui vont jusqu'aux circonvolutions, en croisant la direction de celles qui communiquent avec la moelle épi-

nière. En avant et en arrière, le corps calleux se recourbe sur lui-même pour embrasser la double origine du pilier antérieur et les deux piliers postérieurs de la voûte, ainsi que le septum lucidum qui se continue avec lui sur la ligne médiane. Toutes ces parties sont donc renfermées entre la face inférieure et les deux replis du corps calleux, lequel ne communique qu'avec les hémisphères du cerveau. Ainsi, dans ces cinq observations, aucune des parties affectées n'avait de communication directe avec la moelle, et comme cette circonstance est exactement la même dans toutes, et que ce sont les seules dans lesquelles nous n'ayons pas observé de paralysie, c'est à elle seule qu'il faut attribuer l'absence de ce symptôme.

Puisque ces parties ne communiquent pas avec la moelle, comment leur inflammation a-t-elle pu déterminer des convulsions? de la même manière que les inflammations de l'arachnoïde; en produisant une irritation dans les parties voisines. Ainsi l'absence de paralysie, dans ces cas, n'est pas une exception. Je ne puis examiner ici les autres symptômes de ces observations; mais nous y reviendrons en traitant de l'hydrocéphale.

§. XXV. L'anatomie pathologique ne serait qu'une étude de pure curiosité, si elle se bornait à la description des altérations morbides; il ne suffit pas non plus de chercher les symptômes qui peuvent les faire reconnaître pendant la vie; il faut arriver à la cause de ces altérations, et surtout au meilleur

mode de traitement possible : car c'est, en dernière analyse, le but vers lequel doivent tendre tous nos efforts. Aussi, quoique j'aie mis quelque importance à l'étude des symptômes propres à faire distinguer les *ramollissemens* du cerveau, des hémorrhagies cérébrales et des inflammations de l'arachnoïde, j'en ai attaché davantage à vous démontrer que ces *ramollissemens* étaient le résultat d'une inflammation, parce que l'opinion qu'on se forme de la nature d'une maladie influe directement sur la manière dont on la traite : le médecin le plus empirique a toujours une opinion quelconque sur l'affection qu'il veut guérir, et sur la manière d'agir des moyens qu'il met en usage pour y parvenir : il prescrirait sans motif s'il ne partait d'une hypothèse. Le plus grand service à rendre à la pratique est donc d'établir une bonne théorie. Cependant, comme le traitement qui paraît le plus rationnel n'est pas toujours celui que confirme l'expérience, consultons directement les faits. D'ailleurs, suivant l'expression très juste d'Hippocrate, *naturam morborum ostendit curatio.*

Malheureusement, parmi les observations qui ont été recueillies dans l'intention d'éclairer l'anatomie pathologique, il en est peu dans lesquelles le traitement soit indiqué d'une manière convenable. Celles de Morgagni et de M. Dan de La Vauterie en font à peine mention. Le docteur Abercrombie ne fait que l'indiquer en masse. Nous ne pouvons tirer parti que des observations dans lesquelles le traitement est indiqué jour par jour, puisque ce sont

les seules dans lesquelles nous pouvons en suivre les effets immédiats. Étudions d'abord quels ont été ceux de l'émétique.

La malade du n° 9, Let. 2, n'offrait à son entrée à l'hôpital d'autres symptômes d'une disposition à quelque affection cérébrale, qu'une exaltation morale assez remarquable : un émétique fut prescrit contre quelques symptômes d'embarras gastriques; il produisit de longs et violens efforts de vomissemens, à la suite desquels elle éprouva des convulsions, et resta hémiphlégique; la mort survint trois jours après. Outre l'affection du cerveau, nous avons trouvé dans l'estomac et le commencement des intestins grêles des traces d'une inflammation récente de la membrane muqueuse.

La malade du n° 17, Let. 2, avait les traits altérés, l'œil inquiet, l'air étonné, comme stupide : l'état de la langue fit prescrire un émétique; il produisit des efforts considérables, mais infructueux, de vomissemens, suivis bientôt de mouvemens convulsifs, de délire violent, de paralysie générale.... La mort survint dans la nuit. L'estomac était distendu par une grande quantité de gaz, la membrane muqueuse, depuis le cardia jusqu'à environ cinq pouces au-dessous, était d'un rouge vif et comme boursoufflée; même altération dans la même étendue vers le pylore, mais d'un brun foncé.

Celle de la L. 2, n° 1, §. VII, était à l'agonie quand on l'apporta à l'hôpital, mais on sut qu'elle avait pris plusieurs fois l'émétique. L'estomac était contracté sur

lui-même, la membrane muqueuse était, ainsi que celle du duodénum, couverte de plaques rouges.

Une autre (Lettre 2, n° 8, §. III) avait pris aussi plusieurs doses d'émétique, sans pouvoir obtenir d'évacuations; l'estomac et les intestins distendus par des gaz offraient la même altération que dans le cas précédent.

Le malade n° 17, Let. 1re, prit, deux jours après son entrée, quatre grains d'émétique....; le soir, augmentation de tous les symptômes...., mort la nuit suivante. On n'a point examiné l'estomac.

La malade de M. Cruveilhier (note, page 101), après avoir pris deux pilules purgatives, eut l'imprudence de manger des asperges et de boire du vin; aussitôt, vomissemens, selles et urines involontaires, assoupissement, etc., mort deux jours après; membrane muqueuse de l'estomac couverte de larges plaques ecchymosées, d'un rouge vif, surtout vers l'orifice œsophagien. J'assimile ce cas à ceux dans lesquels l'émétique a été administré, parce que l'impression a été la même sur l'estomac, et que les efforts de vomissemens ont produit le même effet sur le cerveau.

Dans l'Observation 15, L. 1re, vous remarquez que le malade, après avoir pris quatre grains d'émétique, n'eut que quelques selles dans la journée; et le lendemain, les symptômes cérébraux avaient augmenté.

La malade du n° 12, Lettre 1re, n'avait qu'une paralysie incomplète du côté droit, sans aucun autre symptôme, lorsqu'on lui donna deux grains d'émé-

tique, qui produisirent des vomissemens abondans. Dans la journée, agitation considérable; la malade veut sortir de son lit : le soir, face plus animée. Le lendemain, figure *jaunâtre* (émét. deux grains, sulf. de soude ℥ iij). Face plus animée, exacerbation le soir : troisième jour, *roideur tétanique* du muscle sterno-mastoïdien paralysé, figure affaissée (décoction de kk., eau de Rabel, extrait de kk.); agitation, face injectée, *langue rouge*, *peau brûlante*, *fièvre*, *roideur du bras paralysé;* quatrième jour (même traitement), augmentation des symptômes spasmodiques, écume à la bouche, mort deux jours après. L'estomac était fort rétréci, sa membrane muqueuse, très rouge et granuleuse à sa surface; même altération de celle des intestins grêles. Je dois vous rappeler que cette femme avait dans l'hémisphère gauche un petit épanchement de sang autour duquel la substance cérébrale était d'autant plus ramollie, qu'on l'examinait plus près du caillot. N'est-il pas évident qu'avant l'administration de cet émétique et de cet éméto-cathartique, elle n'avait qu'une apoplexie légère, et que l'inflammation du cerveau, qui s'est développée autour du caillot, a été déterminée par le traitement, sous l'influence duquel elle a augmenté de jour en jour comme le prouvent les symptômes? N'est-il pas évident que c'est ce même traitement qui a produit la gastro-entérite, dont les symptômes n'ont paru qu'après trois jours? Je vous ai rappelé en détail cette observation, parce qu'elle est une des plus concluantes que je connaisse, par les

rapports qui ont existé entre les causes et les effets.

Ainsi, de ces huit malades, deux n'avaient que des symptômes précurseurs d'affection cérébrale, et de violens efforts de vomissemens ont été suivis de convulsions, de délire, etc., et d'une mort prompte : chez celle qui n'avait qu'une légère apoplexie, ils ont déterminé une inflammation autour du caillot; chez les autres, les symptômes cérébraux ont été sensiblement augmentés. Il faut attribuer ces funestes effets à la congestion qui s'opère vers la tête, dans les efforts que font les malades pour vomir ; congestion qui se manifeste par la coloration des joues, et qui tient à la suspension des mouvemens de la respiration. Vous remarquerez aussi que la plupart de ces malades n'ont pas vomi, quoique quelques uns aient pris jusqu'à quatre grains d'émétique. Je vous ai déjà expliqué la cause de cette difficulté du vomissement, dans les cas d'affection cérébrale; maintenant vous en voyez les effets. L'expérience a démontré depuis long-temps qu'une grande quantité d'émétique introduite dans l'estomac pouvait ne pas produire d'accidens graves, pourvu qu'elle pût être vomie; c'est ainsi qu'il arrive (et j'en ai vu un grand nombre d'exemples dans les salles de l'Hôtel-Dieu) que des individus qui avaient pris jusqu'à dix-huit et vingt-quatre grains d'émétique pour s'empoisonner, n'ont eu que deux ou trois vomissemens sans suites graves. Mais il n'en est pas de même quand l'émétique, ne pouvant être vomi, reste en contact avec la membrane muqueuse de

l'estomac et des intestins. Si un grain d'émétique délayé dans une pinte d'eau et pris dans la journée, peut produire plusieurs selles, jugez de l'effet que peuvent produire sur l'estomac quatre grains, dissous dans un véhicule peu abondant; et soyez étonné après cela des inflammations qu'on trouve sur la membrane muqueuse, de la rougeur, de la sécheresse de la langue, etc.; en un mot, des *fièvres adynamiques*, qui se manifestent si souvent sur la fin des affections cérébrales, et en particulier des apoplexies : surtout si vous réfléchissez que quand on aperçoit cette rougeur, cette sécheresse de la langue, comme le ventre est *souple*, *indolent*, on administre les toniques les plus énergiques avec une grande sécurité.

Ainsi l'émétique, à la dose ordinaire et à plus forte raison à haute dose, augmente les affections cérébrales lorsqu'il produit des vomissemens, et détermine l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale lorsqu'il n'est pas vomi.

Voyons maintenant quel a été l'effet du traitement tonique.

La malade du n° 11, Let. 1re, avait, le jour de son entrée, une paralysie incomplète du côté *droit* sans aucun symptôme spasmodique (déc. de café, arnica, acét. d'ammon., sirop de kk., 2 sang. derrière chaque oreille). Le soir, roideur des membres paralysés quand on veut les étendre; dans la nuit, mouvemens convulsifs de la face et du cou, qui augmentent le matin (valér., arnica, sirop de kk., 24 grains de camphre). Aux autres symptômes se joint

une roideur tétanique du cou. Notez que chez ce malade, comme chez la femme que je vous ai citée en dernier lieu (L. 1re, n° 12), il existait dans l'hémisphère *gauche* deux petits caillots, et un peu plus loin une inflammation avec suppuration. Vous voyez que les mêmes causes ont produit les mêmes effets ; car ce malade n'avait aussi, le jour de son entrée, qu'une apoplexie faible, et les symptômes d'inflammation ont suivi de près l'administration des toniques.

La malade du n° 14, Lettre 1re, fut traitée par les sudorifiques, l'acétate d'ammoniaque, le sulfate de soude à la dose de ℥ ij, les lavemens purgatifs et le vin de quinquina. Au bout de quatre jours, apparition de symptômes adynamiques qui augmentent jusqu'à la mort, malgré le traitement tonique et dérivatif le plus énergique. A l'autopsie, la membrane muqueuse gastro-intestinale offrit des traces d'inflammation.

Voyez aussi l'Observation n° 6, L. 1re : la malade prenait 18 grains de camphre et de l'extrait de quinquina ; les symptômes ont toujours été en augmentant.

Enfin, quelquefois on a employé altarnativement ou simultanément les antiphlogistiques et les toniques ou les stimulans. Dans l'Observation 7, Lettre 2, par exemple, on a pratiqué plusieurs saignées, on a mis des sangsues ; mais on a donné en même temps une infusion d'arnica, avec un gros d'acétate d'ammoniaque ; et je vous ai fait remarquer que chaque évacuation sanguine avait été suivie d'une améliora-

tion notable, qui durait de deux à quatre jours, après quoi retour des symptômes spasmodiques ; nouvelle saignée suivie encore d'un calme momentané.

Chez la malade n° 19, Lettre 2, on a employé successivement les saignées, les bains, les affusions fraîches, auxquels on a joint ensuite du musc, des lavemens purgatifs et éthérés, la décoction de quinquina avec 25 gouttes d'éther. Et vous avez vu que, pendant les cinq premiers jours, les symptômes avaient été successivement en diminuant, et qu'ensuite ils avaient augmenté et singulièrement varié.

Dans l'Observation 14, Let. 1re, les deux saignées qu'on pratiqua furent immédiatement suivies de bons effets. Il en fut de même chez le malade du n° 16, Lettre 1re; après chaque saignée, le malade exécuta de légers mouvemens; les pupilles reprirent un peu de mobilité. Les affusions fraîches produisirent aussi de bons effets chez le malade n° 1, Lettre 2. Mais je vous ai fait remarquer qu'il avait beaucoup de peine à se réchauffer. Cependant ces dernières observations ne sont ni assez nombreuses ni assez concluantes pour que nous puissions en tirer des conséquences.

Après avoir examiné les effets immédiats du traitement employé chez les malades qui sont morts, il me reste à vous rapporter des observations dans lesquelles les malades, ayant offert les symptômes les plus caractéristiques de l'inflammation du cerveau, ont guéri. Je n'en connais qu'un petit nombre, et je vous les citerai toutes.

N° 25.

Engourdissement des membres du côté droit, puis déviation de la bouche à gauche, diminution de la sensibilité, contraction permanente des muscles, surtout à droite; trismus, perte de l'intelligence, coma. En dix-huit heures, saignée de cinq poëlettes, soixante-quinze sangsues, plusieurs livres de glace sur la tête, huit sinapismes; ensuite, continuation de la glace, amélioration successive. Convalescence complète le cinquième jour.

Megnhyel, charbonnier, d'une constitution très vigoureuse, et grand buveur, avait à plusieurs reprises donné des signes d'aliénation mentale, et se plaignait depuis quelques jours d'un *engourdissement* des membres du côté *droit*, lorsque, le 18 octobre 1820, il rentra, selon sa coutume, dans un etat d'ivresse. Pendant la nuit, il se plaignit de douleurs dans tout le corps, d'un grand frisson, et se releva pour boire beaucoup d'eau. Le matin on le trouva sans connaissance, et à quatre heures du soir il était dans l'état suivant : coma profond, bouche tirée à gauche, abolition de l'intelligence, diminution de la sensibilité, surtout à *droite*, contraction de tous les muscles, surtout de ceux du côté *droit*, trismus, pouls très plein, très dur et point fréquent, respiration naturelle (saignée de 5 poëlettes au moins, et par une large incision, 26 sangsues au côté gauche du cou, sinapismes). Quelques heures après, 25 autres sangsues, glace sur la tête.

Le lendemain, point de changement; on applique encore 24 sangsues, et l'on continue l'emploi de la

glace et des sinapismes. Pendant l'application de la glace, le malade recouvre la sensibilité; le soir, respiration embarrassée (nouvelle application de glace, vésicat. aux cuisses).

Troisième jour, retour de la sensibilité, de la vision et de l'intelligence; persistance de la roideur des membres; commencement des mouvemens volontaires. Nouvelle application de glace, pendant laquelle l'intelligence fait des progrès sensibles (*émétique deux grains*). Le soir, le malade commence à parler, et, quoique la parole soit très gênée, il parvient à se faire comprendre; la bouche n'est plus déviée. Dès ce moment, le malade se refuse à tout traitement, et quatre hommes vigoureux ne peuvent parvenir à lui faire garder de la glace sur la tête.

Quatrième jour, raison presque complète, parole moins embarrassée, *pour la première fois pouls un peu fréquent*, constipation opiniâtre, émétique un grain, tartre soluble demi-once.

Cinquième jour, convalescence complète.

Huitième jour, le malade reprend ses travaux et son appétit.

Cette observation remarquable m'a été communiquée par le docteur Deslandes, qui a traité le malade. Vous y reconnaîtrez ce mélange de paralysie et de symptômes spasmodiques, qui est, comme vous l'avez vu, le caractère le plus certain des inflammations du cerveau. Ici les contractions musculaires étaient permanentes, parce que la maladie était très aiguë; dans l'observation suivante, où les causes

prédisposantes n'étaient pas les mêmes, elle a marché plus lentement, et les mouvemens convulsifs ont été intermittens.

N° 26.

Mouvemens convulsifs et paralysie du côté gauche de la face, puis du bras droit, déviation des lèvres et de la langue, succession irrégulière des symptômes. Dans l'espace de quatre jours, deux saignées du bras, deux du pied, et vingt-quatre sangsues. Guérison le cinquième.

Fontenelles, âgé de 68 ans, d'une forte constitution, sonneur de cloches depuis que la faiblesse de sa vue ne lui permettait plus d'être imprimeur, éprouva, dans les premiers jours de janvier 1818, *de l'engourdissement dans le côté gauche de la face, avec mouvemens convulsifs des muscles.* Le 13 du même mois, descendant de chez lui, il perdit connaissance, tomba, et ne revint à lui que deux heures après ; alors le *bras* droit était *engourdi, privé des mouvemens volontaires quoique agité, de temps en temps, de mouvemens convulsifs.* Dans la journée, expectoration sanguinolente. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 14, face injectée, yeux larmoyans, lèvres tirées à gauche, langue à droite, respiration difficile, accompagnée de douleurs vers l'appendice xiphoïde, thorax partout sonore, expectoration sanguinolente, vessie distendue : cependant elle se vidait complètement, lorsque les efforts du malade étaient aidés d'une compression suffisante, exercée sur l'hypogastre.

En pinçant le membre paralysé on y déterminait des mouvemens convulsifs, pendant lesquels la main s'ouvrait et se fermait avec une grande rapidité. (Saignée du bras.)

Le lendemain, même état. (Saignée du pied, d'une poëlette environ, tamarin, lavement émollient.) Le soir, léger mouvement volontaire du bras, même état de la respiration. (Saignée du pied, de deux poëlettes; quatre heures après, douze sangsues le long de la veine jugulaire gauche.)

Le troisième jour, pouls moins fort; du reste, même état. (Saignée du bras, deux poëlettes.) Le soir, mouvemens convulsifs de l'avant-bras, perte de la sensibilité, aphonie. (Sinapismes aux pieds.)

Le quatrième jour, bégayement léger, trouble dans les idées; le membre paralysé avait recouvré la sensibilité. (Douze sangsues au côté gauche du cou.) Le soir, figure pâle, mouvemens convulsifs des muscles de la face, paralysie du sentiment et du mouvement du bras paralysé. (Sinapismes aux genoux.)

Le cinquième jour, réponses justes, face tranquille, état de la poitrine plus satisfaisant, la sensibilité est revenue dans le bras droit, la face est colorée. (Deux bouillons.)

Le sixième jour, quelques mouvemens convulsifs du côté gauche de la face, persistance de la paralysie du mouvement du bras droit.

Le septième jour, le bras droit peut sortir du lit.

Le huitième, tous les symptômes ont disparu.

Le dixième, le malade sort de l'hôpital.

§. I. Je ne pourrais, sans m'exposer à des répétitions fastidieuses, entrer dans les détails des symptômes de cette maladie ; vous leur ferez facilement l'application des considérations dans lesquelles nous sommes entrés à l'occasion de chacun d'eux. Je dois seulement vous faire observer que leur croisement bizarre, leur marche inégale et leur succession irrégulière, ont donné, à l'ensemble de cette maladie, l'aspect incohérent qui a caractérisé celles qui ont été regardées comme des fièvres *ataxiques* ou *pernicieuses*, et traitées comme telles.

N° 27.

Contraction permanente et insensibilité du côté droit du corps, roideur et agitation du côté gauche, déviation des lèvres. Le deuxième jour de la maladie, dans l'espace de douze heures, deux saignées très copieuses, vingt-quatre sangsues, applications fraîches sur la tête. Le lendemain, convalescence complète.

Dans le commencement de janvier 1814, on apporta à l'Hôtel-Dieu, salle de la Crèche, n° 4, un homme d'environ 24 ans, Auvergnat, d'une forte constitution, qui, à ce que nous dit son frère, était arrivé à Paris depuis douze jours, et s'était amusé avec ses amis en attendant de l'ouvrage ; la veille, il s'était plaint de maux de tête violens, avait paru fort assoupi ; on lui avait fait prendre du vin chaud et du sucre. La nuit avait été fort agitée : le lendemain, il était sans connaissance, et on l'apporta, vers la fin de la

visite, dans l'état suivant : tous les membres étaient fléchis, la main droite était fermée, le poignet touchait à l'épaule, et le mollet à la cuisse; le bras gauche, quoique roide et fléchi, se portait souvent à la tête ou sous le cou, et restait long-temps dans cette position; après quoi le malade l'agitait en différens sens, ainsi que sa jambe. Quand on voulait étendre les membres du côté *droit*, on éprouvait une résistance presque impossible à vaincre; ceux du côté gauche cédaient facilement : quand on pinçait la peau du côté gauche, le malade retirait lentement le membre. Du côté *droit*, il ne donnait aucun signe de sensibilité : la bouche était tirée à *droite*, les paupières étaient appliquées l'une contre l'autre, les yeux renversés, divergens, les pupilles contractées. Le malade ne donnait aucun signe d'intelligence; le pouls était lent et mou, la face peu colorée.

Quelques unes de ces circonstances firent soupçonner au médecin une encéphalite; mais d'autres lui firent craindre un commencement de *fièvre ataxique* ou *pernicieuse*. Dans cette incertitude, il prescrivit comme moyen explorateur douze sangsues au cou, et une nouvelle saignée dans la journée, si elles produisaient un bon effet : dans le cas contraire, je devais administrer des toniques et des antispasmodiques énergiques. L'application des sangsues ne fut suivie d'aucun effet sensible. Vers deux heures de l'après-midi, je trouvai le malade dans le même état.

J'avais ouvert, deux mois auparavant, le cadavre de l'individu dont je vous ai rapporté l'observation Lettre 2, n° 3, qui avait offert les mêmes symptômes, et chez lequel j'avais trouvé une inflammation de l'arachnoïde, et du pus dans le cerveau. Convaincu de l'identité des deux maladies, je pris sur moi de pratiquer la saignée conditionnelle, malgré la faiblesse et la lenteur du pouls, malgré le peu de succès des sangsues. Je fis donc au bras gauche une large ouverture; et dans quelques secondes, je tirai cinq à six palettes de sang : cette prompte et copieuse évacuation produisit un changement remarquable. Le malade ouvrit les yeux, remua volontairement le bras gauche, le mit sous la couverture, et me tendit la main quand je l'en priai; mais je ne pus en obtenir aucune réponse. Le bras droit était moins roide, quoique toujours insensible; la pupille était moins contractée. Vers les cinq heures, je trouvai le malade retombé dans l'assoupissement; il était dans le même état qu'avant la saignée, avec cette différence que le pouls n'était plus si lent ni si mou; ce qui me détermina à rouvrir la veine : je tirai encore quatre palettes de sang. Cette saignée produisit le même effet que la première, mais il fut plus marqué. Cependant, vers neuf heures, les mêmes symptômes avaient presque reparu, comme après la première saignée; mais le pouls semblait avoir pris encore plus de consistance. Je fis appliquer douze sangsues au cou, et des compresses trempées dans l'eau froide, sur la tête. Vers

onze heures, je trouvai le malade endormi, parlant seul, et assez distinctement, de pommes et de marrons. Le bras droit était encore roide; mais quand je le pinçai, le malade se réveilla, l'agita brusquement, mais sans pouvoir cependant s'en servir comme du gauche. Avant de me retirer, j'appliquai des sinapismes aux mollets; mais on ne put les maintenir long-temps en place.

Le lendemain matin, je trouvai le malade à son séant, qui demandait où il était, pourquoi on l'avait apporté à l'hôpital, et attendait avec impatience le médecin, pour lui demander à manger. Dans la journée, il se promena dans la salle; et le lendemain, il voulut absolument sortir, parce qu'on ne lui donnait pas assez à manger.

§. I. Vous voyez que, dans ces trois observations, les premières saignées ne produisirent qu'une amélioration momentanée, suivie, au bout de deux ou trois heures, du retour des mêmes symptômes. Ce ne fut qu'après les dernières évacuations sanguines que le mieux persévéra; et dès lors la convalescence fut très courte. Vous avez dû remarquer aussi que le malade n° 27, chez lequel la maladie avait marché plus lentement, et datait de plusieurs jours lorsqu'on commença son traitement, ne fut hors de danger qu'au cinquième jour; que celui de M. Deslandes, n° 26, qui éprouvait depuis plusieurs jours de l'engourdissement d'un côté du corps, entra en convalescence le troisième jour du traitement; et qu'enfin le dernier chez lequel la maladie débuta plus brus-

quement, et fut traitée dès le premier jour par des évacuations sanguines encore plus copieuses que chez les deux premiers, fut guéri le lendemain, et n'eut point de convalescence.

Il faut en conclure qu'après une première, une seconde saignée, la congestion cérébrale, qui d'abord avait cessé par l'effet immédiat de la déplétion sanguine, ne tarde pas à se reproduire, pour peu que les malades soient robustes. C'est ce que vous avez vu dans les observations de M. Bricheteau (Lettre 1re, n° 16), et de Morgagni (Let. 2, n° 14), que je vous ai citées en parlant du traitement. Dans ce cas, le retour des symptômes ne doit pas faire renoncer à l'emploi des antiphlogistiques, à moins que le pouls ne soit misérable. Il faut en conclure aussi que c'est dans le début de l'inflammation qu'il est plus facile d'en arrêter les progrès, et plus important d'agir vigoureusement; le tissu du cerveau n'étant point encore désorganisé, si l'on parvient à faire avorter la fluxion sanguine, les fonctions se rétablissent à l'instant, le malade n'a pas de convalescence.

Il est vrai de dire que ces trois malades étaient d'une forte constitution, et que les symptômes spasmodiques étaient très prononcés. Aussi vous pensez bien que je ne vous donne pas le traitement employé chez eux comme un modèle à suivre dans tous les cas; vous en pourrez juger par le suivant.

N° 28.

Chute ; quinze jours après, altération des fonctions intellectuelles, paralysie et mouvemens convulsifs du côté *droit* au bout de huit jours, état d'agonie, sueur froide et visqueuse, respiration stertoreuse, pouls insensible. Application d'eau bouillante aux jambes et aux cuisses, réaction, glace sur la tête, dix sangsues au cou ; amélioration, congestion cérébrale, 6 sangsues, légers purgatifs, enfin quelques toniques. Guérison au bout d'un mois environ.

M. Remy, tapissier à Metz, âgé de 60 et quelques années, depuis long-temps tourmenté par une affection goutteuse qui avait entièrement déformé les doigts des mains et des pieds ; travaillant aux décorations du théâtre dans le commencement du mois de septembre 1818, se laissa tomber dans l'orchestre, perdit un instant connaissance, et, bientôt relevé, ne se plaignit que d'une légère douleur de côté, qui se dissipa quelques jours après. Il reprit ses travaux, et cet accident fut oublié. Au bout d'environ quinze jours, on remarqua du trouble dans ses idées, de l'altération dans sa mémoire, de l'assoupissement ; la parole devint embarrassée. On appliqua cinq à six sangsues au cou. Bientôt le malade fut obligé de garder le lit : le bras droit était paralysé, et de temps en temps agité de mouvemens convulsifs ; le bras gauche se portait habituellement vers la tête, ou bien la main était en mouvement comme pour ramasser des corps étrangers. Les parens ayant oublié de parler de la chute faite quinze jours auparavant, la maladie fut traitée comme une fièvre essentielle jusqu'au moment où

cette circonstance fut connue des médecins, c'est-à-dire jusque vers le neuvième ou dixième jour.

C'est à cette époque seulement, qu'étant en vacances, je vis le malade pour la première fois. Il venait d'éprouver presque coup sur coup deux syncopes très longues et si graves, qu'on avait pu croire un instant qu'il était mort. Les membres du côté *droit* étaient fléchis, ainsi que les doigts : on ne pouvait étendre le bras ni ouvrir la main sans éprouver de la résistance; la peau était tout-à-fait insensible de ce côté, et à peine sensible de l'autre; les paupières étaient fermées, les yeux renversés, divergens, insensibles à la lumière; perte complète de l'ouïe et de l'intelligence; tout le corps était couvert d'une sueur froide et visqueuse; la respiration était pénible, fréquente, stertoreuse : le pouls avait disparu dans les artères radiales; on sentait à peine les battemens des carotides. Dans cet état désespéré, le malade semblait n'avoir plus que quelques heures à vivre. On ne pouvait rien attendre des moyens ordinaires; les vésicatoires, les sinapismes auraient agi trop lentement et trop faiblement pour réveiller la vie prête à s'éteindre. Je proposai d'appliquer de l'eau bouillante sur les mollets, ensuite sur les cuisses, et en même temps de la glace pilée sur la tête. Cet avis fut adopté par les médecins présens, mais avec répugnance, parce qu'il était en quelque sorte pénible de troubler l'agonie d'un moribond avec la ferme conviction que les moyens qu'on allait employer seraient inutiles.

Au moment où j'appliquai l'eau bouillante aux jambes le malade fit un mouvement brusque de tout le corps, le bras gauche s'agita, les paupières s'ouvrirent, le pouls se fit sentir au bras, et prit de la fréquence ; une demi-heure après, lorsque je l'appliquai aux cuisses, l'effet fut encore plus sensible, la face se colora, le pouls se développa et devint encore plus fréquent. Alors on appliqua de la glace sur la tête pendant deux heures ; le malade sembla se réveiller ; il porta sa main gauche à la tête comme pour en ôter la glace. On la retira quand la peau du front parut très froide ; on la remit dès qu'elle fut réchauffée. Le soir, le pouls était résistant, la face rouge, surtout le nez (10 sangsues au cou, continuation de la glace pendant toute la nuit). Le lendemain, bras gauche plus sensible, mouvemens volontaires assez faciles, peu de changement du côté *droit;* respiration plus facile. Le soir, nouvelle congestion cérébrale, semblable à celle de la veille (six sangsues au cou, continuation de la glace pendant la nuit). Le surlendemain, un peu de sensibilité dans la peau du bras droit (eau de veau émétisée) ; le soir, plusieurs applications de glace sur la tête.

M'étant absenté pendant huit jours, je fus fort surpris, à mon retour, de trouver le malade à son séant, et mangeant du raisin. On avait continué l'usage de légers purgatifs : quand la figure était un peu plus injectée que de coutume, on appliquait la glace sur la tête. On avait d'abord donné quelques

cuillerées de bouillon, quelques gouttes de vin; le malade avait commencé par entendre, par suivre des yeux les corps qu'on en approchait, ensuite il reconnut à une montre l'heure qu'il était, etc. Bientôt il fut en état de se lever et de marcher. Le bras droit resta plus long-temps faible que la jambe : mais, au bout de deux mois, il avait repris toute sa force. Une circonstance que je ne dois pas omettre, c'est que les plaies produites par l'eau bouillante étant très profondes, suppurèrent considérablement, et furent plus de cinquante jours avant de se cicatriser. Je crois que l'intensité et la continuité de cette inflammation ont contribué pour beaucoup à consolider la guérison. . . . .

J'ai vu six ans après M. Remy; il n'avait rien perdu de ses facultés intellectuelles, ni de sa vivacité.

§. I. Vous conviendrez qu'après tant d'observations terminées par l'ouverture du cadavre, celle-ci est faite pour nous consoler et nous encourager dans les pénibles recherches que nous avons commencées. Quel malade, par son âge, par ses infirmités, a offert moins de ressource à la médecine! Quel malade a jamais paru voué à une mort plus certaine! Cependant l'eau bouillante a réveillé la sensibilité, ranimé la circulation; la glace a dissipé l'engorgement sanguin du cerveau. Mais il se fit le soir, pendant plusieurs jours, une congestion cérébrale, contre laquelle, malgré l'état général du malade, j'ai cru indispensable de faire appliquer d'abord dix, puis six sangsues; après cela ces congestions

revinrent plusieurs fois avec moins d'intensité, et la glace a suffi pour les dissiper.

§. II. Vous avez dû remarquer l'heureux effet des applications froides sur la tête. Je vous rapporterai par la suite un grand nombre d'observations qui ne vous laisseront aucun doute sur l'efficacité de la glace, dans toutes les affections inflammatoires du cerveau et de ses membranes. Voici comment je l'emploie : je la fais mettre dans une vessie afin qu'elle ne mouille ni le lit, ni le corps du malade; je ne la fais remplir qu'à moitié pour qu'elle s'étale et se moule sur la convexité du front. Tant qu'il reste un morceau de glace qui n'est pas fondu, la température du liquide étant à zéro, il est inutile de la renouveler. Au bout de deux heures, plus ou moins, la peau du front et très froide, il faut la laisser réchauffer pendant un quart d'heure ou une demi-heure; mais aussitôt qu'elle se réchauffe il faut réappliquer la glace, parce que sans cela la réaction qui commence à s'opérer produirait une vive congestion vers la tête, et l'on aurait produit plus de mal que de bien. Les effets de la glace sont très prompts et très énergiques; on peut l'appliquer dans les cas même où la débilité est extrême, parce qu'elle ne produit pas un effet général comme les bains froids, les affusions fraîches. Son action étant locale et peu étendue, il ne peut en résulter de ces refroidissemens universels dont on a tant de peine à tirer les malades; par conséquent, on n'a pas à craindre de produire d'autres maladies en voulant

guérir celle du cerveau. Enfin, l'emploi de la glace est possible et même facile dans toutes les circonstances : on ne peut, à beaucoup près, en dire autant des bains froids et des affusions. La glace convient surtout dans les cas où l'on n'ose pas saigner, parce qu'elle diminue la congestion cérébrale sans soustraire de l'économie des matériaux dont la réparation est difficile. C'est, avec la saignée, le moyen le plus efficace qu'on puisse employer contre les affections cérébrales; viennent ensuite les dérivatifs les plus énergiques. Mais mon intention étant plutôt, en ce moment, de vous rapporter des observations de guérison que de discuter le traitement des inflammations du cervean, dont nous nous occuperons avec plus d'avantage après avoir étudié les abcès, je ne pousserai pas plus loin cette digression.

N° 29.

M. Rochoux, dans son ouvrage sur l'apoplexie, page 135, a rapporté, sous le titre d'*Affection comateuse, probablement nerveuse*, une observation qui est certainement une inflammation du cerveau, terminée par guérison. En voici les principales circonstances.

Anne Mayeux, âgée de cinquante ans, adonnée aux liqueurs spiritueuses, sujette depuis quelques années à des espèces d'accès d'épilepsie, qui revenaient à des époques variables, perdit tout à coup connaissance dans la nuit du 8 janvier 1811 (antispas., vésicat. entre les épaules).

Le 13, jour de son entrée à la maison de santé, la malade ne parle pas, paraît ne pas entendre. Immobilité habituelle; par intervalle, quelques secousses convulsives du côté gauche, visage coloré, respiration peu gênée. Pouls, 90 pulsations (six sang. aux tempes.).

Le 14 et le 15, même état (léger purgat., julep antispasm.).

Le 16 et le 17, visage moins coloré, un peu d'intelligence, articulation de quelques mots sans suite (même prescrip.).

Le 20, augmentation de l'intelligence; bégayement, mais discours assez suivis; langue un peu tournée à droite; pouls 78; ventre libre (même prescrip.). Dans la soirée, la malade boit de l'eau-de-vie, que lui procurent des personnes de sa connaissance. Alternatives d'assoupissement, de délire et d'agitation jusqu'au 24 (julep antisp., sinap.).

Le 25, retour de l'intelligence, douleur de tête.

Le 26, mouvemens libres et faciles de tous les membres; plus de douleurs de tête.

Vers le 29, parole beaucoup plus distincte.

Le 3, la malade marche, elle éprouve des douleurs vagues dans les membres du côté droit, avec sentiment de chaleur et de fourmillement, etc. Enfin, elle sort guérie le 28 février.

M. Rochoux pense, avec raison, que, « malgré la promptitude de son développement, malgré la persistance de la perte de la connaissance, cette maladie

a présenté dans sa marche, et surtout dans sa terminaison, tant de différence avec l'apoplexie, qu'on ne saurait douter qu'elle ne soit d'une autre nature. » Nous pouvons, je crois, ajouter maintenant que c'était une inflammation du cerveau, précédée probablement d'une affection chronique de l'arachnoïde.

Le traitement n'a consisté qu'en six sangsues, juleps antispasmodiques, poudre cathartique et sinapismes; mais on n'a administré ni toniques, ni stimulans, et vous avez vu que, pour avoir bu de l'eau-de-vie, elle eut une rechute grave qui dura quatre jours.

Ainsi les effets immédiats du traitement, dans les cas où les malades ont succombé et dans ceux où ils ont guéri, s'accordent parfaitement avec les altérations pathologiques et les symptômes, pour démontrer la nature inflammatoire des ramollissemens du cerveau : vérité bien importante, puisqu'elle est d'une application immédiate et continuelle dans la pratique, et bien consolante, puisqu'elle nous laisse l'espoir d'être plus heureux en suivant un traitement opposé à celui qui est généralement adopté, surtout dans les cas où la maladie est compliquée, suit une marche irrégulière, intermittente, *ataxique*, etc., et cet espoir est pleinement confirmé par les observations de guérison que je vous ai rapportées.

Il nous reste maintenant à savoir de quelle manière se termine l'altération du cerveau, lorsque le malade guérit, ou, si vous aimez mieux, quelles

sont les modifications que la maladie apporte dans le tissu du cerveau, quelles sont les traces qu'elle y laisse. Je suis assez heureux pour pouvoir vous offrir une observation dans laquelle ce problème intéressant me paraît résolu d'une manière incontestable ; je la dois à M. Legouais, élève interne de l'hôpital des Enfans.

N° 30.

Hémiplégie incomplète du côté *droit :* guérison. Quatre mois après, faiblesse des jambes, paralysie du mouvement, ensuite de la sensibilité qui s'étend à l'abdomen et à la poitrine; gêne de la respiration, augmentant jusqu'à la mort, qui arrive le seizième jour. *Endurcissement remarquable d'une petite portion de l'hémisphère* gauche, *épanchement de sang entre la dure-mère vertébrale et les vertèbres, surtout à la partie inférieure du cou ; dans cet endroit, augmentation de volume de la moelle, rougeâtre à l'intérieur, désorganisée dans l'étendue d'environ un pouce, et réduite en une espèce de bouillie.*

Marie Machelein, âgée de 14 ans, grande, mais d'une constitution faible et lymphatique, avait été traitée à l'hôpital des Enfans pour une hémiplégie du côté *droit*, *presque complète*, et survenue sans cause connue : elle sortit de l'hôpital à peu près guérie, mais seulement un peu faible; quatre mois après, dans les premiers jours de mai 1815, on remarqua une plus grande faiblesse dans les jambes; peu à peu, elle fut portée au point que, le 12 mai, la malade avait entièrement perdu la faculté de mouvoir les membres inférieurs. Peu de jours après, la peau de ces parties était devenue insensible; en même

temps, la respiration était devenue plus difficile. Le 15 mai, à ces accidens se joignit de la fièvre; le 20 mai, elle fut apportée à l'hôpital de la Maternité, dans l'état suivant : décubitus constant sur le dos (cette situation avait déjà déterminé une escarre au sacrum); face rouge et animée, chaleur vive de la peau, pouls fréquent et développé, langue rouge, respiration fréquente et gênée, toux difficile et parfois totalement empêchée par un sentiment d'oppression douloureuse vers la partie supérieure et moyenne de la poitrine, immobilité et insensibilité complète des membres inférieurs, évacuation involontaire de l'urine et des matières fécales, sensibilité très obtuse des parois de l'abdomen, qu'on peut pincer fortement, sans que la malade éprouve d'autre sensation que celle du contact, faiblesse et tremblement du bras *droit*, autrefois paralysé; pendant la nuit, redoublement de la fièvre, malaise, anxiété considérable.

Le 21 mai, neuvième jour, mêmes symptômes (saign. du bras de six onces, infus. de fleurs pectorales, eau d'orge avec oximel, émuls.); dans la journée et le soir, état général meilleur, visage moins animé, chaleur de la peau presque naturelle, pouls à peine fébrile, mais toujours fort développé; langue de couleur naturelle, respiration beaucoup plus facile, peu de toux; du reste, même état des membres, évacuation toujours involontaire de l'urine et des matières fécales, nuit plus tranquille; sommeil.

Dixième jour. Sueur bornée aux parties supé-

rieures du corps; douleur vers la partie inférieure droite de la poitrine, et la région du foie, n'augmentant point par la pression, non plus que celle du sternum; développement sur les jambes de plusieurs phlyctènes, du volume d'une noisette; point de changement dans les autres symptômes de la veille (même prescription, moins la saignée).

Onzième jour. Point de fièvre, faiblesse générale un peu augmentée, respiration plus pénible, plus faible; l'insensibilité de la peau s'est étendue jusqu'au niveau de la base de la poitrine, dont les parois restent presque immobiles dans les mouvemens de la respiration, qui paraît se faire entièrement par le diaphragme; toux fréquente, faible, laborieuse: en examinant attentivement le rachis, on croit reconnaître une saillie plus marquée qu'à l'ordinaire vers la partie inférieure de la région du cou (deux cautères sur les côtés de cette tumeur; emploi du galvanisme pendant environ vingt minutes, frictions sur les jambes et le tronc, avec l'éther acétique; potion éthérée, eau de tilleul avec liqueur d'Hoffmann, décoct. de kk. avec la rhubarbe). Vers la fin de l'action de la pile galvanique, la malade éprouve des sensations douloureuses, des tiraillemens dans les jambes et les cuisses: pendant le reste du jour, la sensibilité semble un peu revenue dans ces parties, surtout à gauche, où la malade sent très bien quand on pince un peu fortement la peau; le pouls est plus fréquent que la veille; la peau est brûlante (le soir, très large vésicat. à la région dorsale).

Douzième jour. Peu de changement (même prescription; l'action du galvanisme employé dans différentes directions, n'a presque pas été sentie). Dans la journée, point d'amelioration, paroxysme fébrile le soir.

Treizième jour au matin. La peau du membre inférieur gauche est de nouveau insensible; celle des parois de la poitrine jusque vers son tiers inférieur l'est devenue aussi (même prescrip.; de plus, deux sinap. aux jambes). Vers deux heures, la respiration devient tout à coup excessivement laborieuse, suffocante; le visage pâlit, la syncope est presque complète et dure un quart d'heure. Le reste de la soirée, faiblesse générale, pâleur extrême, pouls petit, très fréquent.

Quatorzième jour. La paralysie des parois de la poitrine fait des progrès; redoublement fébrile; du reste, même symptômes (valériane avec liqueur d'Hoffmann, arnica, potion avec l'alcool nitrique, quatre sang. à l'anus, vésic. à une jambe, frict. avec l'éther acétique, galvanisme). Après l'emploi de ce dernier moyen, la sensibilité semble revenir un peu dans le membre inférieur gauche.

Quinzième jour. Augmentation de tous les accidens; paralysie complète des mouvemens de la poitrine et de la sensibilité de la peau qui la recouvre (même prescrip.; de plus, sangsues à la partie supérieure et interne des cuissse, sinap.). Dans la journée, seconde syncope plus forte et plus prolongée que la première.

Le 28 mai, *seizième jour.* Respiration excessivement laborieuse; pâleur livide et altération des traits de la face, suffocation imminente; mort à onze heures du matin.

Autop. cadav. Tête. Le cerveau et ses membranes étaient dans l'état naturel, seulement une portion de la substance médullaire de l'hémisphère *gauche*, immédiatement au dessus du ventricule latéral, avait subi une altération remarquable, dans l'étendue d'environ un pouce et demi en longueur, d'un pouce en largeur, sur deux à trois lignes d'épaisseur; elle était *endurcie* au point d'offrir de la résistance sous le scalpel. On peut se faire une idée assez exacte de sa consistance, en la comparant à celle du *fromage de Gruyère.*

Canal vertébral. Épanchement entre les parois du canal et la dure-mère, d'un sang coagulé, en partie infiltré dans le tissu cellulaire du canal, très abondant vis-à-vis des dernières vertèbres cervicales, occupant cependant toute la région du cou et le tiers supérieur de la région dorsale, et colorant en rouge la dure-mère avec laquelle il était en contact. Vis-à-vis de la septième vertèbre cervicale, et à l'endroit où, pendant la vie, on avait cru apercevoir une saillie des apophyses épineuses de quelques vertèbres, la moelle présentait un renflement marqué, plus considérable qu'à l'ordinaire: incisée dans cet endroit, sa substance était dans un état de désorganisation complète; son tissu rougeâtre était réduit, dans l'étendue d'environ un

pouce, en une espèce de bouillie : au dessus et au dessous la moelle avait son organisation ordinaire; inférieurement, on trouva entre elle et à ses membranes de la sérosité.

Poitrine. Adhérences anciennes du poumon gauche avec les côtes, etc. Disparition de la cavité de la plèvre; bronches gorgées de mucosités.

Abdomen. Foie volumineux, plein de sang.

Il n'est pas dit qu'on ait ouvert l'estomac et les intestins.

§. I. Vous voyez que cette malade a éprouvé d'abord une hémiplégie *incomplète* du côté *droit*, et que l'altération du cerveau existait à *gauche :* cette altération était donc la suite de la maladie qui avait, quatre mois avant, produit l'hémiplégie. Mais était-ce un épanchement de sang ou un *ramollisement* du cerveau? Les symptômes ne peuvent guère nous aider à décider cette question, parce qu'on observe quelquefois, dans les apoplexies, des paralysies incomplètes. Mais, quatre mois après une apoplexie, il est rare que la totalité du sang épanché soit absorbée; et dans tous les cas on trouve, après l'absortion, ou un kiste rempli de sérosité, ou une cavité irrégulière, traversée par des filamens comme celluleux, ou une espèce de cicatrice, résultant du rapprochement des parois du foyer, unies également par une espèce de tissu cellulaire. La substance cérébrale environnante est d'un brun rougeâtre plus ou moins foncé, etc. : l'altération trouvé chez cette malade n'offrait rien de semblable. Quatre mois après cette

hemiplégie, il se développa dans la moelle une altération circonscrite qui avait tous les caractères des ramollissemens du cerveau, et s'était manifestée par une série de symptômes analogues. N'est-il pas très probable, pour ne pas dire certain, que la première maladie était de même nature que la seconde, puisque ce n'était pas une apoplexie : que cet endurcissement particulier de la substance cérébrale a été le résultat d'une inflammation circonscrite ; la suite, en un mot, d'un *ramollissement* partiel du cerveau ?

§. II. Vous avez remarqué, sans doute, que ce ramollissement de la moelle présentait tous les caractères d'une inflammation, beaucoup de sang était infiltré dans le tissu cellulaire qui environne la dure-mère. La partie de la moelle qui était ramollie avait un aspect rougeâtre et offrait un renflement plus marqué que de coutume. Si nous n'avons pas remarqué de tuméfaction, proprement dite, dans les cas de ramollissement du cerveau, c'est que cet organe remplit plus exactement la cavité du crâne que la moelle ne remplit celle du canal rachidien ; et ce qui prouve que c'est au défaut d'espace qu'il faut attribuer, dans le premier cas, l'absence de la tuméfaction, c'est qu'on trouve souvent les circonvolutions, qui recouvrent les ramollissemens du cerveau, aplaties : cet aplatissement est surtout bien prononcé dans les cas où la suppuration a pu se réunir en foyers, ainsi que vous le verrez dans la lettre suivante. Je n'examinerai pas ici les symptômes pro-

duits par l'affection de la moelle, j'y reviendrai quand nous nous occuperons des maladies de cet organe; ils sont, au reste, faciles à expliquer.

Voici une observation qui a beaucoup d'analogie avec celle de Marie Machelein.

N° 31.

55 ans, hématurie périodique, accès avorté; deux jours après, diminution de la mémoire, céphalalgie frontale, déviation de la bouche à *gauche*, parole embarrassée, amélioration sensible. Mort subite cinquante jours après l'invasion. — *Adhérences de la dure-mère à l'arachnoïde, et de l'arachnoïde au cerveau, vis-à-vis du lobe antérieur* gauche, *endurcissement de la substance grise, ramollissement de la substance blanche, affection de la vessie.*

Biriat, âgé de cinquante-cinq ans, tailleur, d'une constitution grêle, sujet, depuis plusieurs années, à une hématurie abondante, qui revenait à des époques assez éloignées, sans altérer sa santé, éprouva, le 6 janvier 1818, une nouvelle hémorrhagie, qui se supprima presque aussitôt. Deux jours après, on s'aperçut d'une diminution notable dans la mémoire du malade; il se plaignait d'une douleur fixe et profonde vers la partie antérieure de la tête. Lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu, le 6 février, c'est-à-dire près d'un mois après l'apparition des premiers symptômes, la commissure *gauche* des lèvres était un peu tirée vers l'oreille du même côté. La langue sortait sans dévier à droite ni à gauche.

Cependant la parole était embarrassée, la mémoire confuse, le malade oubliait ce qu'il venait de dire; ses réponses, quoique justes, étaient tardives; pouls petit et vibrant; du reste la sensibilité et la myotilité étaient intactes; bon appétit, sommeil tranquille (boisson laxative et délayante, application de douze sangsues à l'anus) : amélioration sensible pendant onze jours. Dans la nuit du douzième jour, on trouva le malade mort dans son lit, sans que rien ait annoncé une fin aussi prochaine.

Autop. cadav. La dure-mère était adhérente à l'arachnoïde dans l'étendue d'une pièce de trente sous vers la partie inférieure de l'hémisphère *gauche;* dans cet endroit, la substance corticale adhérente à l'arachnoïde, était endurcie, comme cartilagineuse ou squirrheuse. Au contraire, toute la substance blanche sous-jacente de ce même lobe antérieur gauche était considérablement ramollie. Le reste de cet hémisphère, ainsi que tout celui du côté opposé, étaient de consistance naturelle, mais fortement injectés.

Les parois de la vessie étaient très épaisses, et à *colonnes;* la membrane muqueuse offrait çà et là des points rouges. Les veines de cet organe étaient beaucoup plus dilatées qu'à l'ordinaire.

§. I. Je ne m'arrêterai pas ici à l'hématurie périodique, dont la suppression précéda l'apparition des symptômes cérébraux, ni à l'état remarquable de la vessie. Il suffit de vous indiquer ces circonstances pour que vous saisissiez la liaison qui existe entre elles.

Comparons les symptômes observés pendant la vie aux altérations trouvées après la mort.

A son entrée à l'hôpital, le malade n'offrait plus d'autres symptômes d'une affection cérébrale qu'un peu d'affaiblissement dans la mémoire, de l'embarras dans la parole, et une légère déviation de la commissure des lèvres vers le côté gauche; et ces symptômes diminuèrent sensiblement pendant onze jours, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique; enfin, le malade mourut tout à coup. A l'ouverture du corps, on trouva, du côté gauche, une adhérence ancienne et organisée, entre l'arachnoïde et la dure-mère; et, vis-à-vis de cette union, la portion du cerveau sous-jacente *endurcie*, adhérente elle-même à l'arachnoïde : ces membranes avaient donc été enflammées, et cette inflammation s'était terminée par l'organisation de l'épanchement albumineux. Le cerveau avait donc participé à cette inflammation, ou plutôt elle en avait été la cause. (Rappelez-vous tous les cas dans lesquels l'arachnoïde, en contact avec une portion du cerveau ramollie, était couverte d'une fausse membrane, exactement de l'étendue du ramollissement.) Ainsi *l'endurcissement* du cerveau a été dû à la même cause que l'adhérence des membranes, et remonte à la même époque; cette adhérence et cet *endurcissement* annoncent donc une inflammation ancienne, et terminée par la guérison : c'est d'ailleurs ce que prouvent la date de la maladie et la diminu-

tion notable des symptômes, déjà peu graves lors de l'arrivée du malade.

Au-dessous de cette portion du cerveau endurcie, la substance blanche était considérablement ramollie. C'est à cette seconde affection qu'il faut attribuer la mort subite du malade. Vous vous rappelez que le prêtre de Vérone, dont parle Morgagni (*Voyez* Lett. 1re, n° 19), et le voyageur dont Kaaw ouvrit le cadavre (*Voyez* Lett. 2, n° 4, §. III), sont morts subitement. Vous remarquerez aussi que la substance cérébrale était partout fortement injectée. Cette seconde altération était donc le résultat d'une inflammation récente, qui a succédé à une ancienne, une véritable rechute comme dans le cas précédent; avec cette différence, qu'ici l'intervalle qui a existé entre les deux maladies n'a pas été aussi long ni aussi tranché, et que les deux altérations se touchaient et semblaient se confondre; au lieu que, dans l'autre observation, les deux séries de symptômes et les deux altérations étaient bien distinctes.

N° 32.

On trouve si peu d'observations de *ramollissement* du cerveau dans les auteurs, que j'ai cru devoir vous rapporter dans leur intégrité toutes celles que je connaissais, afin que vous puissiez juger jusqu'à quel point elles sont conformes à celles qui me sont propres, ou qui m'ont été communiquées. J'ai voulu vous donner la certitude que je n'ai pas,

comme cela n'arrive que trop souvent, choisi dans un grand nombre de faits ceux qui venaient à l'appui d'une opinion préconçue, en négligeant tous les autres ; ou cité d'une observation les seuls passages qui me convenaient. Mais dans la plupart des faits puisés dans les auteurs, les symptômes sont à peine indiqués ; la description des altérations pathologiques manque de précision ; les ouvertures de cadavres sont incomplètes; il n'est pas question du traitement. C'est surtout aux anciens que ce reproche s'adresse : vous avez vu combien, en général, les faits que j'en ai cités étaient tronqués. Ils nous ont cependant servi à confirmer ceux qui étaient plus positifs, de même que ces débris de colonnes qui, trouvés au milieu des décombres, peuvent faire deviner le plan et l'architecture d'un monument dont il ne reste plus que des ruines. Cette remarque est peut-être plus importante que vous ne pensez.

Depuis quelques années seulement, on parle des ramollissemens du cerveau ; et plus on s'en occupe, plus ils semblent fréquens. Vous pourriez être tenté de croire que c'est une maladie nouvelle, ou du moins une maladie plus commune qu'autrefois. Mais remarquez d'abord qu'on en a dit autant des maladies de tous nos organes, à mesure qu'elles ont été étudiées avec plus de soin. Depuis les recherches de Bayle et de MM. Corvisart et Broussais, les phthisies, les maladies du cœur, les inflammations gastro-intestinales ont paru se multiplier d'une manière effrayante. D'un autre

côté, Morgagni a rapporté plusieurs observations de ramollissement, et c'est le seul qui ait attaché quelque importance à cette altération. Faut-il en conclure que cette maladie s'est montrée seulement du temps de Morgagni et de nos jours, ou qu'elle a été plus commune à ces deux époques? Non sans doute; mais il faut en conclure que Morgagni, apportant à l'examen des cadavres une grande patience et une exactitude scrupuleuse, a vu ce qui a échappé à d'autres moins attentifs; que, malgré les éternelles déclamations de ceux qui admirent les anciens, aux dépens des modernes, l'art d'observer et de décrire les maladies fait tous les jours des progrès sensibles.

Si les affections du cœur, du poumon, de la plèvre, du péritoine, des organes digestifs, etc., deviennent de jour en jour plus fréquentes, rassurez-vous : par une juste compensation, les *asthmes*, les *dyspnées*, les *consomptions*, les *fièvres hectiques*, *puerpérales*, *saburrales*, *muqueuses*, *lentes*, *nerveuses*, *adynamiques*, *putrides*, etc., etc., diminuent dans la même proportion. Si les maladies aiguës et chroniques du cerveau et de ses membranes sont devenues plus communes, on n'observe plus autant de fièvres *ataxiques*, *malignes*, *pernicieuses*, *nerveuses; d'apoplexies nerveuses*, *sthéniques* ou *asthéniques :* en un mot, si les anciens n'avaient pas tant de maladies des organes, il avaient une foule d'affections essentielles que nous ne voyons plus maintenant. Cela devait être : tant qu'on n'a pas pu reconnaître après la mort la cause des symptômes

observés pendant la vie, il a bien fallu, pour s'entendre, pour éviter de longues descriptions, convenir de représenter par un mot l'ensemble des phénomènes qui caractérisaient extérieurement la maladie; et par habitude, on a fini par attacher à cette abstraction l'idée de l'existence d'un être réel, isolé, indépendant de l'économie. Cette marche est celle qu'on a suivie dans toutes les sciences : plus elles ont fait de progrès, plus le nombre des forces et des causes occultes a diminué.

Mais, direz-vous, s'il faut attribuer les symptômes de ces *fièvres ataxiques*, etc., de ces *apoplexies nerveuses*, aux affections du cerveau et de l'arachnoïde, dont on trouve des traces après la mort, que faut-il penser des cas dans lesquels on n'a rien remarqué qui pût expliquer les symptômes observés pendant la vie? Si vous réfléchissez au peu d'attention qu'on a apporté jusqu'à présent à l'étude de ces altérations, vous jugerez de la confiance qu'il faut accorder à certaines observations qui paraissent d'abord concluantes. Ce sont surtout les ramollissemens du cerveau qui ont dû en imposer souvent : vous en avez vu qui n'avaient pas plus d'étendue que le volume d'une noisette, qui n'offraient aucune coloration particulière; et il n'est pas difficile de concevoir qu'en examinant même le cerveau avec soin, on n'ait pas remarqué une altération si peu étendue, qui ne consistait que dans la diminution de densité d'un tissu aussi mou que celui du cerveau.

Dans d'autres cas, la protubérance annulaire seule

était affectée ; cependant la paralysie était générale : combien alors n'eût-il pas été facile, après avoir examiné le cerveau et le cervelet dans tous les sens, de croire qu'il n'existait dans la cavité du crâne aucune altération capable d'expliquer les symptômes ! Je ne prétends pas rattacher toutes les paralysies, tous les symptômes ataxiques, aux *ramollissemens* du cerveau, ni même à d'autres affections de cet organe ; je sais bien que tous les vomissemens ne sont pas dus à une affection directe de l'estomac ; mais je dis que la difficulté de les reconnaître a dû souvent induire en erreur, et que leur étude doit jeter le plus grand jour sur ces maladies.

§. I. L'histoire des *ramollissemens* se lie d'une manière encore plus directe à celle de toutes les maladies du cerveau et de ses membranes, que nous étudierons successivement. En attendant, je vais vous en donner une idée, et c'est par là que je finirai.

Je ne vous rappellerai pas ce que je vous ai dit des inflammations développées autour des caillots dans les apoplexies, ni des effets de la noix vomique, etc. J'ajouterai seulement à ce qui a rapport aux inflammations qui succèdent à des épanchemens sanguins, qu'on voit souvent des individus, guéris d'une apoplexie, éprouver, plusieurs années après, tous les symptômes d'une nouvelle attaque, périr au bout de quelques jours, et ne présenter aucune trace d'un nouvel épanchement de sang. Quelquefois on trouve de la sérosité dans les ventricules, et surtout dans celui du côté opposé

à la paralysie ; et alors il est tout naturel d'attribuer les derniers symptômes à l'épanchement de sérosité. Quand on n'en trouve point, on suppose qu'il s'est fait un épanchement dans la cavité du kiste, qui reste après l'absorption du caillot ; comme si ce kiste pouvait se distendre tout à coup, de manière à produire une compression de l'hémisphère cérébral. Ou bien encore on suppose qu'il s'était formé une cicatrice qui s'est déchirée.

Mais quand on observe avec soin, on trouve autour de l'ancien foyer apoplectique la substance cérébrale *jaunâtre, très molle et désorganisée.* Vous concevez dès lors pourquoi il s'est opéré, dans le ventricule latéral ou à la surface des hémisphères de ce côté, un épanchement de sérosité plus considérable que du côté opposé; vous concevez que c'est à l'inflammation développée autour de l'ancien foyer, qu'il faut attribuer la rechute et la promptitude de la mort. Je sais que les anciennes apoplexies produisent souvent des affections chroniques de l'arachnoïde, des épanchemens séreux qui peuvent causer la mort après que la première maladie a été guérie ; mais alors la rechute n'est jamais aussi brusque, ni la mort aussi prompte.

Ces réflexions s'appliquent aux apoplexies dites séreuses : lorsqu'elles sont survenues brusquement, que la paralysie n'a affecté qu'un côté du corps et qu'on a trouvé de la sérosité en plus grande quantité du côté du cerveau ou dans le ventricule opposé à la paralysie, c'est qu'il existait, comme nous le ver-

rons, une inflammation de ce côté du cerveau.

§. II. Les tumeurs qui se développent dans cet organe, se manifestent par des symptômes dont la marche est intermittente ou très lente, puis tout à coup le malade meurt avec des symptômes d'affection aiguë qui sont ceux que nous avons observés dans les ramollissemens; et à l'ouverture du corps, on trouve autour de la tumeur le cerveau mou, diffluent, etc.

Les observateurs exacts ont noté cette altération, mais sans y attacher d'importance. Je ne crois pas qu'aucun en ait reconnu, ni même recherché la cause. Il est évident cependant que le cerveau en contact avec la tumeur, a fini par s'enflammer après avoir été long-temps incommodé par sa présence.

On trouve presque toujours la même altération autour des tumeurs cancéreuses, des tubercules scrophuleux, des kystes hydatiques, des abcès enkystés, etc.; et, dans tous ces cas, on observe un changement brusque dans la marche de la maladie; tout à coup elle prend un caractère fâcheux, et les malades ne tardent pas à succomber. On ne peut attribuer cette accélération de la maladie, cette apparition subite de nouveaux symptômes, aux corps étrangers trouvés dans le cerveau; ils ne sont pas de nature à pouvoir augmenter subitement de dimensions; on ne peut pas supposer qu'ils se sont déplacés. L'inflammation de la substance cérébrale qui environne ces corps étrangers, est la véritable cause de la mort.

§. III. Vous avez vu l'influence des inflammations

du cerveau sur celles de l'arachnoïde, et réciproquement : je ne vous rappellerai pas le rôle important qu'elle joue dans quelques hydrocéphales aiguës.

Vous pouvez juger, par ce court exposé, combien l'histoire des *ramollissemens* du cerveau doit jeter de jour sur le diagnostic des nombreuses affections avec lesquelles il se complique.

LETTRE TROISIÈME.

Abcès récens.

Convaincu de la nécessité de grouper les maladies d'après la plus grande analogie des altérations pathologiques de chaque organe, j'ai cherché à déterminer quels étaient les caractères anatomiques, les symptômes distinctifs, et surtout quelle était la cause ou la nature de l'altération du cerveau désignée sous le nom de ramollissement. J'ai réuni dans la première Lettre toutes les observations dans lesquelles cette désorganisation était accompagnée d'injection sanguine, de coloration plus ou moins rouge de la substance blanche, et plus ou moins foncée de la substance grise, d'infiltration ou d'épanchement de sang. J'ai rapproché dans la seconde les observations dans lesquelles la même altération présentait au contraire une décoloration particulière de la substance grise, une coloration jaunâtre, verdâtre de la substance blanche, ou une infiltration évidente, une collection plus ou moins considérable de pus. J'ai été par là conduit à rechercher la cause de ces différentes nuances de couleur, à étudier le rôle que joue le sang dans l'une de ces altérations, et le pus dans l'autre, à trouver enfin les points de contact de la première avec les hémorrhagies cérébrales, et les liaisons de la

seconde avec les abcès. Comparant ensuite ces altérations à celles que l'inflammation aiguë produit dans tous les tissus, je vous ai fait voir qu'elles ne différaient que par des circonstances dépendantes de l'organisation du cerveau ; que les différentes nuances, depuis la plus simple injection vasculaire, jusqu'à la suppuration la mieux caractérisée, correspondaient à des degrés plus ou moins avancés de l'inflammation, suivant l'époque à laquelle la mort est arrivée. L'analyse des symptômes observés pendant la vie, la comparaison des différens traitemens employés, leur influence sur la marche et la terminaison de la maladie, tout a confirmé les inductions fournies par l'anatomie pathologique.

Suivant toujours le même plan, et procédant de la même manière, il me reste à vous montrer les autres degrés de la suppuration du cerveau, depuis cet état dont vous avez déjà vu quelques exemples dans la Lettre précédente, où le pus réuni en petits foyers épars, et encore mêlé aux débris de la substance cérébrale désorganisée, jusqu'à celui où une membrane molle, mince, vasculaire, commence à s'organiser autour du pus. Ces premiers rudimens de kyste commencent l'histoire des abcès enkystés, qui fera le sujet de la Lettre suivante. Dans toutes ces observations de suppuration, vous retrouverez les symptômes caractéristiques du ramollissement ; vous les verrez se succéder dans le même ordre, suivre la même marche, et présenter enfin, sous l'influence des mêmes complications, les mêmes phénomènes accessoires. Cette

identité entre les symptômes achevera de vous démontrer l'identité de la cause qui les a produits.

Cependant, puisque vous regrettez que je n'aie pas cité un plus grand nombre d'exemples de ramollissemens produits par cause externe, que vous croyez plus propres à démontrer la nature inflammatoire de cette altération, je vous rapporterai quelques observations que j'ai cru devoir retrancher des deux Lettres précédentes, pour différens motifs que vous apprécierez. C'est par elles que je commencerai.

Quant aux autres, il eût été sans doute très avantageux pour l'étude des symptômes, de commencer par les plus simples, pour arriver successivement aux plus compliqués; mais les exemples de suppuration du cerveau exempte de toute complication, sont très rares. Nous connaissons déjà les symptômes, et il nous sera facile, dans l'analyse que nous en ferons, de faire la part des différentes complications. J'ai donc préféré suivre, dans l'arrangement des faits, les différens degrés de développement des abcès.

N° I.

Enfoncement du crâne, céphalalgie, altération de la mémoire, etc. Délire, mouvemens convulsifs universels, par accès; paralysie progressive des membres *gauches* avec rigidité et douleur; mort quatre jours après. — *Inflammation de l'arachnoïde* des deux côtés, *et du cerveau* à droite. (Ducrot, *Essai sur la Céphalite,* 1812, Obs. 2.)

M. A***, âgé d'environ 60 ans, eut le crâne enfoncé à la région frontale *gauche*, par une pierre lancée avec violence, perdit beaucoup de sang, et put cependant revenir chez lui. Le lendemain, céphalalgie pulsative, altération de la mémoire, réponses justes, parole assez libre, et cependant impossibilité de tirer la langue, pouls faible, accablement (émétique en lavage). Troisième jour, déglutition difficile, soif, chaleur de la peau, fréquence du pouls. Le quatrième, assoupissement, réponses toujours justes (large vésicatoire à la nuque). Cinquième jour, assoupissement plus profond, perte de la parole; le malade entend ce qu'on lui dit, mais ne répond que par des cris; déjections et urines involontaires. Sixième jour, assoupissement plus profond encore, mêmes symptômes. Septième jour, point de changement. Huitième jour, délire, perte de connaissance, mouvemens convulsifs du tronc et des membres, avec distorsion de la bouche et des yeux; renouvellement des accès tous les quarts d'heure. Dans l'intervalle, respiration difficile, ronflement, œil fixe, bouche béante. Le neuvième, à minuit, les convulsions cessent, l'assoupissement diminue et

la connaissance revient; mais altération de la mémoire et du jugement; léger délire, *commencement de paralysie des membres gauches*. Le dixième, paralysie complète de ces membres, avec *rigidité et légère douleur* quand on essaie de les écarter du tronc; aspect idiotique du visage, réponses peu justes, illusions d'optique; une secousse convulsive pendant la nuit. Les jours suivans, même état. Le onzième, perte de connaissance, aphonie, immobilité et insensibilité générale; coma, respiration haute, difficile, etc. Mort à 11 heures du soir.

Autop. cadav. Enfoncement de deux lignes de profondeur sur deux pouces de surface à la région frontale. A la partie interne et postérieure du lobe *droit* du cerveau, inflammation d'un pouce et demi d'étendue de haut en bas et d'un demi-pouce dans les autres sens, touchant d'un côté au corps calleux, et de l'autre, à la fosse du cerveau. Cette inflammation était marquée par une rougeur très vive et comme sablée de la substance cérébrale. On trouva en outre toute l'arachnoïde qui recouvre la convexité du cerveau, opaque, blanche, très épaisse, et enduite à la surface interne d'une légère couche de matière albumineuse.

§. I. M. Ducrot, dans son excellente Dissertation (1), rapporte cette observation comme un

---

(1) Cette thèse est à peine connue; cependant elle renferme en deux feuilles d'impression plus d'idées neuves et de notions exactes sur l'inflammation du cerveau, qu'une foule d'ouvrages

exemple d'arachnoïdite suivie de céphalite. Il attribue très judicieusement les premiers symptômes, tels que les cris, l'agitation, le délire, les mouvemens convulsifs périodiques, à l'inflammation de l'arachnoïde, et vous avez vu que cette membrane était opaque, blanche, épaisse, par conséquent affectée depuis assez long-temps ; que la maladie s'étendait également sur les deux hémisphères, et les convulsions ont été générales. Il regarde, au contraire, la paralysie développée dans les derniers jours, d'une manière lente et progressive, accompagnée de rigidité et de douleur; l'aspect idiotique du visage, la diminution de l'intelligence, comme produits par l'inflammation du cerveau : supposition d'autant plus probable, que c'était l'hémisphère droit qui était affecté, et le côté gauche du corps qui était paralysé. Remarquez aussi que l'inflammation n'était encore caractérisée que par une rougeur très vive et comme sablée de la substance cérébrale, et que les symptômes en question n'ont commencé à se manifester que quatre jours avant la mort.

§. II. Rien de plus clair par conséquent que cette observation : nous y retrouvons les deux séries de symptômes des cas de ramollissemens précédés d'arachnoïdite. Quant à l'altération du cerveau, elle est

---

volumineux qu'on cite tous les jours comme des autorités imposantes. Cet injuste oubli que je me fais un devoir de signaler, tient sans doute à ce que l'auteur n'a fondé ses considérations générales que sur deux ou trois faits qui lui sont propres.

semblable à celle des observations de la Lettre 1re, nos 2, 3 et 9, dans lesquelles la substance cérébrale désorganisée était rosée, rouge ou amaranthe, avec cette seule différence que M. Ducrot ne dit pas que la partie affectée ait été ramollie, et c'est ce qui m'a empêché de rapporter alors cette observation. A cela près, toutes les autres circonstances sont semblables. Une chose même fort singulière, c'est que le malade du n° 9 avait été, comme celui-ci, frappé à la tête par une pierre, et que le membre paralysé était également douloureux au toucher.

Le malade ayant éprouvé de la fièvre et une grande gêne dans la respiration, il est fâcheux que M. Ducrot n'ait pas examiné les organes contenus dans la cavité de la poitrine et de l'abdomen.

§. III. Voici une autre observation que je n'ai pas voulu laisser dans la Lettre 1re, parce qu'il n'est pas question de ramollissement de la substance cérébrale.

Un homme, âgé de 68 ans, devenu imbécille, resta dans cet état pendant dix ans, fut ensuite placé à l'Hôtel-Dieu, y séjourna pendant quatorze ou quinze mois, et pendant tout ce temps, gardant constamment le lit, finit, dans cette longue inaction, par perdre l'usage de ses jambes. Un jour qu'il mangeait avec avidité les alimens qu'on lui avait apportés, il fut pris tout à coup d'une espèce de suffocation, tomba à la renverse et expira au bout de quelques minutes, après deux ou trois *agitations convulsives* du tronc.

A l'ouverture du corps on trouva les deux ventricules latéraux considérablement dilatés et remplis d'une sérosité transparente; le droit en contenait environ quatre onces, et le gauche environ trois onces. Le corps cannelé gauche, qui faisait une saillie plus élevée que le droit, et toute la substance cérébrale environnante, étaient d'un rouge uniforme, assez foncé dans l'étendue de deux pouces en tous sens; il n'y avait aucun épanchement sanguin dans le cerveau.

M. Dan de La Vauterie, qui rapporte cette observation dans sa Dissertation (*de l'Apoplexie*, etc., 1807), la regarde comme un exemple d'inflammation. Le gonflement du corps cannelé devenu plus saillant et plus élevé que le droit, la rougeur uniforme, assez foncée et circonscrite, de la substance cérébrale, la promptitude de la mort après un mélange de symptômes paralytiques et spasmodiques; toutes ces circonstances annoncent assez le début d'une inflammation aiguë, et l'état antérieur du malade explique assez la promptitude de la mort.

Il est clair que pour étudier successivement les différens degrés de l'inflammation du cerveau, il eût fallu rigoureusement ranger les observations d'après l'état plus ou moins avancé de l'altération, et celle-ci eût dû être placée la première; ensuite celle qui précède; mais nous ne savions pas ce qu'étaient les ramollissemens du cerveau; pour le savoir, nous devions les étudier isolément, sans rien préjuger sur leur nature, et il eût été déplacé de commencer nos

recherches par des observations dans lesquelles le trait caractéristique de l'altération, le ramollissement manquait.

§. IV. J. L. Petit, pour donner une idée des difficultés que présente quelquefois le diagnostic des *épanchemens* qui se forment sur le cerveau à la suite des percussions du crâne, rapporte une observation qui, tout incomplète qu'elle est, mérite de trouver ici sa place.

N° 2.

Percussion du crâne, symptômes de fièvre maligne. Mort le quatrième jour. — *Inflammation de l'arachnoïde et du cerveau, ramollissement avec injection sanguine.* (J. L. Petit, *Traité des Mal. chirurg.*, etc. page 97.)

Une servante s'étant heurté le front contre le manteau d'une cheminée, tomba et perdit connaissance; elle fut saignée deux fois, et n'éprouva d'autre accident qu'une bosse légère. Au bout de quinze jours ayant passé deux ou trois heures à mettre une pièce de vin en bouteilles, elle eut des frissons et de la fièvre qu'on attribua à la vapeur du vin et à la fraîcheur de la cave. Pendant la nuit, sommeil profond et agité, qui se prolongea dans la matinée, contre l'habitude de la malade, ordinairement très alerte.

J. L. Petit, sans avoir connaissance du coup reçu à la tête, prescrivit une saignée du pied, et fit demander le médecin de la maison, qui renouvela la saignée et traita la malade comme ayant une fièvre

maligne ; « il est vrai qu'elle en avait tous les symp-« tômes apparens. »

Le troisième jour, J. L. Petit fut instruit dès circonstances du coup, et soupçonna qu'il pouvait être la cause de la maladie, d'autant plus que l'assoupissement durait au même degré depuis trois jours.

« Ayant, dit-il, fait part au médecin de mes ré-« flexions, il fut de mon avis; mais que faire? *Ex-« cepté l'émétique, que l'on n'aurait pas donné* si l'on « avait été instruit, tout ce qu'on avait fait convenait « également pour la fièvre maligne et pour l'épanche-« ment. » Le front ne présentait ni rougeur, ni gonflement ; cependant la malade, quoique profondément assoupie, y portait souvent la main. Elle mourut dans la nuit.

« A l'ouverture du cadavre, on trouva sous l'en-« droit frappé un abcès du volume et de la forme « d'une grosse féve de marais, placé entre la dure-« mère et la pie-mère ; le cerveau était *rouge, en-« flammé et presque sans consistance.* »

§. I. La description de cette altération du cerveau est tout-à-fait semblable à celle des ramollissemens avec injection vasculaire que je vous citais à l'occasion de l'Observation n° 1, puisque le cerveau était *rouge et presque sans consistance.* La contusion du crâne, la suppuration de l'arachnoïde, sont des circonstances qui ne permettent pas de douter que ce ramollissement ait été le résultat d'une inflammation, et cette inflammation était récente, puis-

que la malade a succombé le quatrième jour de la maladie. Dans l'Observation n° 1, les symptômes d'inflammation cérébrale n'ont commencé a se manifester que quatre jours avant la mort, et l'altération était tout-à-fait semblable.

§. II. Quant aux symptômes, il n'est pas possible de les comparer à ceux des autres observations de *ramollissement*, puisqu'ils n'ont pas été décrits, et c'est pour cela que je n'ai pas rapporté cette observation dans la Lettre 1re. Il n'est peut-être pas inutile de remarquer qu'ils n'ont pas été décrits, parce que J. L. Petit n'a considéré cette maladie que sous un point de vue purement chirurgical. Nous savons seulement que la malade a offert tous les symptômes *apparens* d'une fièvre maligne; aussi, tant qu'on n'a pas eu connaissance du coup, la maladie a été confiée aux soins du médecin, et celui-ci l'a regardée comme une fièvre essentielle; dès le moment que cette circonstance a été connue, le chirurgien a soupçonné une affection cérébrale, et la maladie est rentrée dans son domaine; mais dès lors toute la question se réduisait pour lui à savoir s'il fallait trépaner, et dans quel endroit il fallait appliquer le trépan. Malheureusement il ne trouva ni rougeur ni gonflement à l'endroit qui avait été frappé, et il ne fit rien.

Ainsi la considération la moins importante, celle de la contusion, a fait attribuer les mêmes symptômes, tantôt à une maladie *essentielle*, tantôt à une affec-

tion *organique ;* la même maladie a été, tantôt médicale, tantôt chirurgicale : on a cru devoir la traiter par des moyens différens. J'insiste sur tous ces détails, parce que l'observation de J. L. Petit n'est qu'un des nombreux exemples que je pourrais citer de l'influence que la funeste séparation de la médecine et de la chirurgie a eue sur l'étude des maladies du cerveau. Les uns n'ont vu que des symptômes qu'ils ont appelés fièvres, les autres n'ont guère considéré que des plaies de tête. N'avons-nous pas vu dans les deux Lettres précédentes plusieurs observations d'inflammations du cerveau, simples ou compliquées, qu'on a désignées sous le nom de *fièvres ataxiques, nerveuses*, etc. ? et la prévention n'a-t-elle pas été poussée au point qu'après l'ouverture du cadavre on a regardé la désorganisation du cerveau plutôt comme un effet de la fièvre essentielle que comme la cause des symptômes ? Jugez par là de ce qui a dû arriver toutes les fois qu'on n'a pas examiné les organes malades ; et remarquez bien que quand les mêmes symptômes, les mêmes altérations, ont été observés à la suite d'une lésion extérieure, on n'a pas manqué de les attribuer à une inflammation.

§. III. M. Ant. Petit rapporte (Collect. d'Obs. cliniques, page 236) une observation analogue qui serait fort intéressante, si elle n'était surchargée de détails chirurgicaux, aux dépens de l'exposition des symptômes. Il est question d'un militaire, qui, ayant reçu une balle au front, eut du délire, des convul-

sions, des soubresauts dans les tendons, de l'assoupissement, de la tendance à se coucher sur le côté gauche, etc. Après la mort, M. A. Petit trouva une inflammation de la dure-mère, de l'arachnoïde et de la pie-mère : « Le cerveau, dit-il, était réduit en « une *pulpe rougeâtre* dans le point correspondant « à l'escarre de la dure-mère, à une profondeur de « quelques lignes seulement. »

Cette altération a tous les caractères des ramollissemens avec injection sanguine, et vous ne pouvez douter qu'elle ne soit le résultat d'une inflammation, puisqu'elle était circonscrite et située sous l'escarre de la dure-mère, produite elle-même par le coup de feu. Mais les symptômes, quoique analogues à ceux qu'on observe dans ces cas compliqués, sont décrits d'une manière trop vague pour mériter notre attention.

N° 3.

Chute sur le côté *gauche* du crâne, perte de connaissance, gangrène de la plaie, fièvre; trente-quatrième jour, paralysie du côté *droit*, aphonie, convulsions des deux côtés; mort six jours après. — *Arachnoïdite avec suppuration* à gauche, *coloration brunâtre du cerveau dans le même point.* (Morgagni, *Epist.* 51, n° 11.)

Une femme âgée de plus de quarante ans tomba du haut d'une échelle élevée, sur la partie latérale et supérieure *gauche* du crâne; après cette chute, elle resta pendant quelque temps comme morte,

après quoi elle parut en parfaite santé, abstraction faite de la plaie des tégumens. Vers le quatorzième jour, la gangrène s'y manifesta et la fièvre survint; peu de jours après, l'une et l'autre disparurent; mais avant le trentième jour, la fièvre revint de nouveau avec frisson. Le trente-quatrième, la malade eut une attaque d'apoplexie, *avec aphonie et perte de mouvement, mais non du sentiment*, dans tout le côté *droit* du corps. Cependant ses mouvemens de tête indiquaient qu'elle comprenait ce qu'on disait. Des convulsions comme épileptiques agitaient de temps en temps toutes les parties du corps, et n'épargnaient pas plus le côté paralysé que le gauche; enfin elle mourut vers le quarantième jour.

La table externe du crâne, dans le point correspondant à la contusion (à gauche, par conséquent), était fracturée en demi-cercle : la table interne était intacte. L'arachnoïde sous-jacente était sanieuse; dans le même endroit, le cerveau était d'un brun pâle; les ventricules étaient sains ainsi que tout le côté droit du cerveau.

§. I. Vous voyez que la fièvre n'est survenue qu'au moment où la plaie s'est gangrenée. Les symptômes d'inflammation du cerveau n'ont commencé à se manifester que vingt jours après; ce n'est donc pas à l'affection cérébrale qu'on peut attribuer la fièvre. Ces symptômes, au reste, sont caractéristiques : aphonie, perte du mouvement, conservation de la sensibilité; de temps en temps, accès convulsifs épileptiformes,

auxquels participent les membres *paralysés*. Dans l'hémisphère opposé à la paralysie, vis-à-vis de la fracture, et sous l'arachnoïde en suppuration, le cerveau était d'un brun pâle : Morgagni ne dit pas que la substance cérébrale était ramollie ; et c'est ce qui m'a fait passer sous silence cette observation. Mais n'est-il pas évident que cette altération était de même nature que les ramollissemens, avec coloration plus ou moins foncée, que nous avons examinés dans la Lettre première ? Vous avez vu que nous n'avons rencontré cette coloration brunâtre que dans la substance grise ; et dans l'observation de Morgagni, c'était certainement elle qui était affectée, puisqu'il est question de la portion du cerveau recouverte par l'arachnoïde sanieuse ; vous ne pouvez pas douter non plus que cette altération ne soit le résultat d'une inflammation. Mais la malade n'étant morte que le quarantième jour, comment se fait-il qu'on n'y ait pas trouvé la moindre trace de suppuration ? Observez que les symptômes d'inflammation du cerveau ne se sont manifestés que le trente-quatrième jour, que par conséquent la maladie n'a duré que six jours.

§. II. Les mouvemens convulsifs ont affecté les deux côtés du corps, et il existait une arachnoïdite bien manifeste. Il est infiniment probable qu'elle n'était pas exactement bornée à la portion d'arachnoïde qui correspondait à la fracture, quoique Morgagni, dans sa description trop laconique, n'ait tenu compte que de la sanie trouvée de ce côté.

N° 4.

Coup sur la tête à *gauche;* le onzième jour, convulsions épileptiques, aphonie, mouvemens convulsifs dans le côté gauche, paralysie à *droite;* mort huit jours après. — *Suppuration à la surface de l'arachnoïde du côté* gauche, *coloration brunâtre du cerveau sous-jacent.* (Morgagni, *Epist.* 51, n° 27.)

Un homme âgé de plus de 30 ans, revenant des champs, reçut sur le côté *gauche* de la suture lambdoïde un coup d'instrument contondant, tomba, mais se releva aussitôt, et se rendit à l'hôpital, dont il était éloigné de trois mille pas. La plaie prit d'abord une vilaine couleur; quelques jours après, il se forma dans son voisinage un abcès qui fut ouvert et promptement détergé : la plaie marchait vers sa guérison; mais le malade ayant commis plusieurs écarts de régime, eut d'abord quelques accès de fièvre, et, le onzième jour, fut pris tout à coup d'un violent accès de convulsion épileptique, après lequel il ne recouvra pas la parole, quoiqu'il fît entendre qu'il comprenait bien ce qu'on lui disait. Ensuite on remarqua des mouvemens convulsifs dans le côté gauche du corps, tandis que le *droit* était paralysé. Quelquefois la face avait l'aspect du rire sardonique. Le pouls était cependant naturel; il devenait ensuite fréquent, plein et impétueux, et quelques jours après (le dix-neuvième) la mort arriva.

En séparant la peau du crâne, on trouva au-dessous et à gauche, dans plusieurs points même éloi-

gnés de la plaie, du pus épanché; la surface de l'os temporal était altérée; les dents de la suture lambdoïde étaient désunies vis-à-vis de la plaie. La dure-mère avait une couleur cendrée, due au pus épanché entre elles et l'arachnoïde. Une partie de ce pus adhérait à la surface de l'arachnoïde comme de la colle épaisse; le reste, évalué à une demi-once tout au plus, était liquide. La portion de cerveau recouverte par l'arachnoïde enduite de pus, était d'une couleur brunâtre, *ad sublividum inclinabat colorem*, dans une étendue de deux travers de doigt en longueur et en largeur, et d'un travers de doigt en profondeur. Les autres parties du cerveau étaient saines; seulement on trouva un peu de sérosité dans les ventricules, à la base du cerveau et au commencement du canal vertébral.

§. I. Cette observation diffère si peu de la précédente qu'elles semblent calquées l'une sur l'aultre; la fièvre ne survint qu'après plusieurs écarts de régime; elle devança de plusieurs jours l'apparition des symptômes d'affection cérébrale, et cessa quand ceux-ci se manifestèrent; il est donc probable qu'elle était indépendante de cette affection, et l'on doit présumer qu'elle tenait à l'état des organes digestifs. La malade eut le onzième jour un violent accès de convulsions *épileptiques*, c'est-à-dire, que toutes les parties du corps y participèrent; ainsi, le côté droit, qui, par la suite, devint paralysé, n'en fut pas plus exempt que le gauche, par conséquent la

paralysie fut précédée de convulsions, seulement elles cessèrent plus tôt que dans l'observation précédente. L'aphonie qui survint ensuite était le premier degré de la paralysie, qui bientôt s'étendit à tout le côté droit. Ainsi, elle se développa graduellement, et affecta le côté du corps opposé à l'altération du cerveau. Cette altération était évidemment semblable à celles que nous avons examinées dans la première Lettre : quoique Morgagni ne parle pas de remollissement, elle était de couleur brunâtre, parce qu'elle avait son siége dans la substance grise des circonvolutions.

Cette observation vient donc avec les précédentes confirmer cette vérité, que les ramollissemens du cerveau avec injection sanguine, etc., sont le résultat d'inflammations aiguës, arrêtées par la mort dans leur première période. Si l'inflammation du cerveau n'avait pas encore produit de suppuration, c'est que le malade est mort six à sept jours après l'apparition des symptômes de paralysie.

§. II. Quant aux convulsions qui ont persisté dans le côté gauche du corps, il est évident qu'elles étaient produites par l'inflammation de l'arachnoïde du côté droit ; il est vrai que Morgagni n'a trouvé du pus que du côté gauche ; mais la sérosité qui existait dans les ventricules, à la base du cerveau et au commencement du canal vertébral, prouve assez que toutes les parties de l'arachnoïde ont participé plus ou moins à l'inflammation.

Tous ces détails sont très importans comme vous

le verrez, parce que ce sont des observations semblables à celle-ci et à la précédente qui ont fait admettre par un grand nombre de praticiens cette proposition, que *les inflammations du cerveau produisent des convulsions dans le côté du corps qui répond à l'hémisphère affecté et la paralysie du côté opposé.*

§. III. Vous trouverez, par exemple, dans Th. Salmuth (Cent. 1, Obs. 17), une observation semblable pour laquelle la faculté de médecine de Leipsick fut consultée.

Il s'agit d'une plaie pénétrante à travers l'os temporal, qui fut suivie de convulsions du côté de la plaie et de paralysie du côté opposé. Après la mort qui arriva au bout de quelques semaines, on trouva sous la fracture environ une livre de pus entre le *cerveau* et l'*arachnoïde*, etc. Il est évident qu'il y a eu, comme dans les observations précédentes, inflammation du cerveau et de l'arachnoïde, ce qui explique les deux ordres de symptômes.

Cette observation tronquée a cependant servi de texte aux longues digressions de Bonet, sur le Cours des esprits animaux (Sepul. anat. lib. 4, sect. 3, Obs. 3, §. 7). Elle a été souvent citée dans les discussions sans cessé renouvelées, au sujet des convulsions et de la paralysie, produites par l'inflammation du cerveau.

§. IV. Bonet (Sepulcret. anat. lib. 4, sect. 3, Obs. 2) rapporte encore une observation qui, autant

qu'on peut en juger par le peu de détails qu'elle renferme, paraît de même nature.

Un militaire blessé à la tempe droite n'éprouva pendant les sept premiers jours aucun accident qui annonçât du danger; mais ayant fait des excès en vin et en femmes, s'étant mis en colère contre celui qui l'avait blessé, il eut de la fièvre, des vomissemens bilieux, puis des convulsions, et mourut peu après dans un état apoplectique; la dure-mère était épaissie, enflammée, ainsi que l'arachnoïde; cette dernière était couverte de pus; *il en existait aussi entre elle et le cerveau.*

§. V. On trouve dans les Recueils d'observations chirurgicales un grand nombre d'exemples de convulsions du côté du corps, correspondant à la plaie du crâne, avec paralysie du côté opposé. (*Voyez* Percival Pott, Obs. 23, Marc-Antoine Petit, p. 239, les Mémoires de l'Acad. de Chirurg.) Dans la plupart de ces observations l'ouverture du corps n'a pas été faite, et dans le plus grand nombre de celles où elle a eu lieu, les altérations sont à peine décrites. Ce sont ces faits tronqués qui ont enfanté et alimenté jusqu'aujourd'hui plusieurs erreurs que nous examinerons plus tard. Pour juger de quel poids sont les autorités sur lesquelles s'appuient les auteurs, il faut remonter jusqu'à la source première des observations qu'ils citent.

N° 5.

Coup à gauche, le septième jour délire, mouvemens convulsifs; le douzième, paralysie du mouvement de la main *droite*, huit heures après, dn pied *droit;* le quatorzième, mort. — *Suppuration des méninges et du cerveau à* gauche. (Morgagni, *Epist.* 51, n° 17.)

Un jeune homme de 26 ans reçut à la partie interne du sourcil *gauche* un coup de pierre, qui le renversa, mais il se releva aussitôt et poursuivit vigoureusement son ennemi; après quoi, toujours plein d'énergie, il vint à l'hôpital de Sainte-Marie-de-la-Vie, où l'on eut bien de la peine à le retenir lorsqu'il fut pansé, tant il croyait sa plaie légère; il avait alors une fièvre quarte, dont l'accès était attendu le jour même; il vint en effet, mais la fièvre resta continue, avec augmentation de force et de développement du pouls, douleur de tête considérable. A la fièvre se joignirent vers le septième jour quelques mouvemens convulsifs et du délire. Vers le onzième il y eut dans la journée deux accès de fièvre, avec augmentation du froid. Enfin, le délire cessa et fut remplacé par un état de somnolence, accompagné de secousses et de mouvemens convulsifs, et même ceux qui veillaient le malade observèrent que plusieurs fois dans la nuit, la tête haute et les mains fortement contractées, il se soulevait dans son lit avec des efforts incroyables, après lesquels il restait comme anéanti. Deux jours avant la mort, la main droite

perdit le mouvement, mais non entièrement le sentiment. Huit heures après, le pied du même côté commença aussi à se mouvoir plus difficilement; enfin la respiration qui, depuis plusieurs jours, était laborieuse, le devint encore davantage, et le malade mourut le quatorzième jour.

En examinant la plaie extérieure, on trouva du côté gauche un petit abcès, qui s'étendait en partie vers l'oreille entre les muscles et la peau. Vis-à-vis de la plaie l'os était fendu, et la dure-mère correspondante, légèrement endommagée; la partie antérieure de la cavité du crâne du même côté (c'est-à-dire à *gauche*), était pleine de pus, renfermé entre la dure-mère et l'arachnoïde; la substance cérébrale sous-jacente semblait s'être imprégnée de ce pus, car elle était de même couleur, mais à la surface seulement; le reste était sain, on trouva seulement de la sérosité à la base du cerveau. Il existait dans le poumon des tubercules dont quelques uns incisés renfermaient de la vraie sanie; les autres non suppurés avaient la consistance d'un corps glanduleux.

§. I. Vous voyez encore ici deux séries de symptômes, correspondant aux altérations de l'arachnoïde et du cerveau. D'abord délire, somnolence, mouvemens convulsifs, ensuite paralysie du mouvement de la main, puis du pied, diminution de la sensibilité de la peau, etc.

A l'ouverture du corps, suppuration de l'arachnoïde, sérosité ramassée à la base du crâne, déco-

loration de la substance grise sous-jacente à la portion d'arachnoïde en suppuration.

Morgagni ne parle pas précisément de ramollissement; mais les expressions dont il se sert sont très remarquables, en ce qu'elles prouvent que nous avons eu raison d'attribuer à une infiltration du pus la décoloration de la substance grise, dans les cas de ramollissement que nous avons examinés dans la Lettre précédente. *Quod pus subjecta cerebri substantia videbatur imbibisse, eo enim erat colore, sed superficie tenus.* Mais vous ne croirez pas avec lui que le cerveau se soit laissé imbiber, comme une éponge, du pus dont il était séparé par l'arachnoïde. Il est évident, d'après tout ce que nous avons vu jusqu'à présent, que cette infiltration du pus était produite par l'inflammation du cerveau lui-même.

§. II. Vous remarquerez que cet homme avait une fièvre quarte, et portait dans le poumon des tubercules en supuration; qu'une inflammation aiguë des tégumens du crâne, etc., s'étant jointe à cette affection chronique, la fièvre est devenue continue. La gêne de la respiration s'explique aussi d'une manière toute naturelle par l'état du poumon.

§. III. Marc-Ant. Petit trouva aussi, chez le nommé Cary (Rec. d'obs. clin. p. 298), mort assez promptement, à la suite d'une fracture du crâne, « le lobe antérieur gauche du cerveau *presque réduit en une substance glutineuse*, et pénétré par quelques parcelles osseuses, détachées du crâne. »

§. IV. Percival Pott observa la même altération dans un cas semblable. (Traité des plaies de tête, obs. 24). « Sous la portion de cette membrane qui était putrifiée, il y avait un amas de matières entre elle et la pie-mère. Sous ce dernier abcès, le cerveau était considérablement *décoloré* : » *Under this latter abcess the brain was considerably discoloured.*

Je ne vous rapporte de ces observations que les ouvertures de cadavre, parce que le reste est consacré à des détails purement chirurgicaux, qui ont fait négliger la description des symptômes.

N° 6.

Coup de sabre au côté *droit* de la tête, paralysie du mouvement à *gauche*, délire, déviation de la bouche à droite, mort le dix-septième jour. — *Suppuration sous la dure-mère, ramollissement avec décoloration du cerveau, le tout à* droite. (Miscellan.... *Curios. dec.* II, an x, Obs. de Reiselius.)

Le 22 octobre 1691, un individu reçut, dans une rixe, un coup de sabre au côté droit de la tête, tomba baigné dans son sang, eut une hémorrhagie, qui fut arrêtée par le chirurgien du village, des vomissemens, etc.

Deux jours après, il perdit le mouvement du côté *gauche*, mais *conserva un peu de sensibilité.*

Le 25, Reiselius, appelé, observa de plus que la commissure des lèvres du côté *droit* était relevée,

la parole embarrassée ; d'ailleurs point de douleurs, excepté à la plaie.

Le 27, douleur au côté *gauche* du cou, et bientôt à toute la tête.

Le 2 novembre, le malade est taciturne, commence à délirer ; les paupières sont fermées (saignée du bras). Immédiatement après, le malade ouvre les paupières, raisonne juste, et peut bientôt s'asseoir sur une chaise.

Le 5, il est en état d'écrire.

Le 6, contre l'attente générale, le malade est si mal, qu'on ne lève pas l'appareil ; on soupçonne qu'il a fait quelque écart de régime ; sans pouvoir cependant en acquérir la certitude.

Le 7, visage rouge et tuméfié, respiration stertoreuse, parole embarrassée, pouls faible, intermittent et désordonné. Mort le 11 novembre, dix-septième jour de la maladie.

A l'ouverture du cadavre, on trouva une félure du crâne, avec fracture en étoile à chaque extrémité, séparation de plusieurs fragmens de la table interne, et injection des vaisseaux de la dure-mère. Sur l'hémisphère droit du cerveau, la dure-mère et l'arachnoïde avaient été déchirées ; leurs vaisseaux étaient gorgés de sang, surtout vers le front ; il s'écoula aussi de la sanie purulente ; le cerveau lui-même était *pourri*, *mou et d'une couleur plus pâle* que l'hémisphère *gauche* ; ce dernier était *sain*, *ferme et d'une belle couleur vive*. On ne trouva point de sang épanché.

§. I. La description de cette altération est d'une clarté et d'une précision admirables, surtout pour l'époque à laquelle elle a été écrite. Le contraste établi entre l'état des deux hémisphères est frappant de vérité. *Ipsumque cerebrum putridum, flaccidum et pallidioris coloris quam sinistrum latus, quod sanum adhuc, duriusculum, vividi, et quasi lucidi coloris erat.* Ici, comme dans les observations du numéro précédent, tout concourt à prouver que ce ramollissement et cette décoloration du cerveau étaient le résultat d'un commencement de suppuration.

Quant aux symptômes, ils sont exactement ceux que nous avons vus dans les mêmes circonstances, délire, paralysie du mouvement, conservation d'un peu de sensibilité, douleur dans le côté du cou paralysé, etc.

Vous avez dû remarquer que la saignée avait eu une influence prompte et puissante sur le délire et les autres symptômes fâcheux.

M. Beauregard a consigné dans le Journal de Médecine de Vaudermonde (année 1756, t. 1, p. 284), un exemple d'altération semblable, produite par la même cause.

N° 7.

Plaie de tête, le dix-neuvième jour, convulsions, mort subite. — *Ramollissement du cerveau avec odeur infecte.*

Un grenadier vigoureux, affecté de plaie de tête fort simple, et traité convenablement, arriva sans accident jusqu'au dix-neuvième jour. A la visite du matin, il avait manifesté un grand appétit, lorsque tout à coup il fut pris de mouvemens convulsifs, perdit connaissance et mourut au bout de deux heures dans des convulsions horribles, malgré plusieurs saignées. A l'ouverture du corps, M. Beauregard trouva la substance du cerveau *liquide*, *dissoute* et d'une odeur si infecte que son collègue se trouva mal.

§. I. Il paraît que dans ce cas-ci l'on n'a observé que des convulsions, mais vous remarquerez que la paralysie produite par inflammation du cerveau ne se manifeste ordinairement qu'après les symptômes spasmodiques, et que le malade est mort au bout de deux heures. La cause de cette espèce de liquéfaction n'est pas douteuse, il est inutile de s'y arrêter.

§. II. En résumé, dans toutes les observations que vous venez de lire, il est de la dernière évidence que ces altérations du cerveau étaient dues à une inflammation ; on n'en a pas douté, parce qu'elles étaient survenues à la suite de causes externes, et vous avez vu qu'elles ressemblaient aux différens ramollisse-

mens que nous avons examinés dans les deux Lettres précédentes, que les symptômes étaient les mêmes. Quant à la décoloration de la substance grise, il est clair aussi qu'elle était due à une véritable infiltration de pus, comme l'ont très bien pensé les auteurs de plusieurs de ces observations ; seulement il n'est pas exact de la regarder comme une espèce d'imprégnation purement passive, une transsudation à travers l'arachnoïde, du pus qui la recouvrait, puisqu'on trouve la même altération sans suppuration de l'arachnoïde.

§. III. En vous parlant de cette infiltration du pus dans la substance cérébrale, je vous ai fait voir que dans tous les organes où des abcès pouvaient se développer, le pus commençait par s'infiltrer dans le tissu cellulaire, avant de se réunir en foyers distincts. Je ne reviendrai pas sur tout ce que je vous ai dit alors des hépatisations du poumon, etc. Mais je ne puis m'empêcher de vous citer le fait curieux qui me tombe sous la main. Parmi les observations de plaies de tête de Ledran, je trouve, p. 173, celle du nommé Cajols, mort à la Charité, des suites d'un coup de bâton sur la tête, qui avait produit des accidens graves et nécessité l'application du trépan. Ledran dit qu'il rencontra une putréfaction de la durè-mère, de la faux, etc., le tout enduit d'une bouillie purulente, etc., et il ajoute : « Je trouvai au « foie nombre de petites taches blanches, et chacune « d'elles était un petit abcès. Dans la plupart de ces

« abcès le pus semblait être infiltré plutôt qu'épan-« ché. » Ici, la couleur du pus tranchait sur celle du foie, et rendait très apparentes ces petites taches blanches ; la densité du foie les fit reconnaître pour autant de petits abcès, et cependant Ledran put remarquer que le pus était plutôt infiltré qu'épanché. Supposez la même altération placée au milieu de la substance blanche du cerveau : les circonstances environnantes ayant changé, vous ne verrez là qu'un simple ramollissement sans injection sanguine, sans changement de couleur. Vous ne pourrez soupçonner la présence du pus que par analogie, par induction, comme nous l'avons fait. Cette observation de Ledran m'a d'autant plus frappé que ces petits abcès du foie se sont développés à la suite d'une plaie de tête, que tout le monde connaît l'influence des affections du cerveau sur celles du foie, et qu'il existe la plus grande analogie entre la structure de ces deux organes.

§. IV. Ceci me rappelle que j'ai trouvé dans certaines inflammations foudroyantes du foie, son tissu réduit en une espèce de sanie de couleur lie de vin, sans cohésion et diffluente. Quelquefois j'ai rencontré en même temps dans d'autres points du pus infiltré ou réuni en foyers, ce qui prouve que c'est à une inflammation qu'il faut attribuer cette espèce de dissolution qui permet à peine de manier le foie, sans que les doigts y pénètrent de toutes parts. Il est impossible de ne pas être frappé de la

resemblance qui existe entre ces altérations et celles du cerveau.

L'observation de Ledran est encore remarquable en ce que l'inflammation du foie n'a pu être produite par une commotion de cet organe, puisque le malade n'a point fait de chute.

N° 8.

Chute sur la tête; le septième jour, paralysie du bras *gauche;* mort le vingt-troisième. — *Suppuration du cerveau et de l'arachnoïde du côté* droit. (Morgagni, *Epist.* 51, n° 28.)

Un vieillard de 60 ans, tombant de haut, se frappa la tête vers l'angle de la suture lambdoïde; il perdit d'abord connaissance; ensuite, revenu à lui, il se plaignit de douleur vers la plaie; elle persista sans que le malade s'alitât, etc. Vers le septième jour il eut une paralysie du bras *gauche,* dans lequel le mouvement revint un peu à la suite d'une saignée. Le malade mourut le vingt-troisième jour dans un état soporeux.

Lorsqu'on sciait le crâne il sortit du pus de sa cavité, du côté de la tempe *droite;* il n'y avait d'autre lésion des os qu'un écartement des sutures; le cerveau de ce côté offrait un *ulcère* de deux travers de doigt de profondeur, creusé par la sanie, entre la dure-mère et l'arachnoïde; à la surface antérieure du lobe *droit* était une petite quantité de pus, dont étaient imprégnées les deux membranes. Dans les ventri-

cules et vers l'origine de la moelle il y avait un peu de sérosité limpide.

§. I. Quoique la description des symptômes soit extrêmement incomplète, puisque Morgagni nous laisse ignorer ce qui s'est passé du septième au vingt-troisième jour où le malade est mort, vous voyez cependant que la paralysie a commencé par le bras gauche, et que la maladie existait dans l'hémisphère droit, qu'elle a diminué sous l'influence de la saignée, etc. L'altération n'est pas décrite d'une manière plus précise, mais je crois qu'il faut entendre par ulcération du cerveau *creusée* par de la sanie, un état de suppuration déjà plus avancé que dans les observations précédentes.

§. II. Le même auteur rapporte un peu plus loin (Epist. 51, n° 44) une observation semblable. Il s'agit d'un jeune homme qui, ayant reçu sur le temporal un coup d'instrument tranchant, eut quelques jours après du délire, et perdit l'usage de la main *droite;* cependant quand on la piquait, il donnait des signes de douleur. Il mourut le quatorzième jour; la plaie pénétrait profondément dans l'hémisphère *gauche* du cerveau, qu'un épanchement de sérosité avait, dit Morgagni, *corrodé* jusqu'au ventricule; il y avait aussi de la sérosité semblable épanchée à la base du crâne.

Abstraction faite des qualités corrosives que Morgagni suppose ici très gratuitement, comme dans beaucoup d'autres endroits, à la sérosité épanchée dans

le crâne, cette observation ressemble tellement à la précédente que je ne m'y arrêterai pas. Pour la même raison je m'abstiendrai de vous rapporter l'observation qui suit immédiatement celle-ci (Epist. 51, n° 44), et je passe à des faits plus détaillés et plus importans, par lesquels je reprendrai l'histoire des abcès du cerveau, précisément au point où j'en suis resté dans la Lettre précédente.

N° 9.

55 ans, chagrin profond, malaise, céphalalgie, fièvre, délire, paralysie du bras, puis de tout le côté *gauche*, avec contraction des muscles; agitation spasmodique du bras droit, etc.; mort le neuvième jour. — *Injection considérable de l'arachnoïde et de la pie-mère; abcès mal circonscrit au milieu de l'hémisphère* droit, *avec ramollissement*, etc. (Obs. commun. par M. Jacquemin, élève interne à l'Hôtel-Dieu.)

Le nommé Juclant, âgé d'environ 55 ans, d'une petite stature, d'une constitution pléthorique, ayant perdu une rente qui faisait toute sa fortune, tomba dans un état continuel de tristesse et de malaise, suivi, au bout de six semaines environ, de maux de tête, de sueurs abondantes, de fièvre accompagnée d'exacerbation le soir. Douze jours après on s'aperçut qu'il délirait, qu'il parlait sans cesse, et presque toujours de l'objet de ses chagrins. Cinq ou six jours après, on remarqua qu'il ne pouvait plus se servir de son bras gauche. Il y avait trois jours que cette paralysie avait commencé, lorsqu'on l'apporta à l'Hôtel-Dieu, le 13 janvier 1821.

La face était rouge, le pouls fort, peu fréquent, la main droite agitée de mouvemens continuels involontaires et comme convulsifs; les membres du côté *gauche* avaient perdu le sentiment et le mouvement; l'avant-bras était fléchi sur le bras; l'un et l'autre étaient appliqués contre les parois de la poitrine. Quand on demandait au malade sa main, il présentait toujours la droite; quand on la retenait, et qu'on lui demandait l'autre, il lui faisait exécuter quelques légers mouvemens, mais sans pouvoir la détacher de la poitrine. Abandonné à lui-même, il ne cessait de parler, ou plutôt de rendre des sons inarticulés et sans suite; mais quand on lui parlait, il répondait par quelque monosyllabe, et exécutait avec les parties non paralysées les mouvemens qu'on lui demandait. (Saignée, lavement, eau de veau avec tamarin.)

Le lendemain, même état. (Nouvelle saignée peu copieuse.)

Quatrième jour, affaissement, accablement profond, déviation de la bouche à *droite*. Le malade ne parle plus, paraît ne plus entendre. (Sinapismes, lavemens purgatifs.)

Sixième jour, pupille dilatée, insensibilité de tout le corps, respiration stertoreuse, peau froide. Mort neuf jours après l'apparition de la paralysie.

Autop. cadav. Le crâne, d'une grande épaisseur, se sépare difficilement de la dure-mère, qui laisse suinter beaucoup de sang noir. L'arachnoïde et la pie-mère sont partout très injectées. Vers la partie

24

moyenne de l'hémisphère *droit*, on rencontre un foyer contenant environ deux cuillerées de pus jaune verdâtre ; ce foyer n'est séparé du ventricule latéral que par une couche de substance cérébrale de quelques lignes d'épaisseur ; sa paroi inférieure est brune et ramollie. La suppuration n'est pas contenue dans une cavité bien circonscrite ; les parties voisines sont converties en une sorte de putrilage, de manière que le pus s'irradie comme dans des espèces de clapières : on voit flotter au milieu du pus des espèces d'appendices de substance blanche, qui ne tiennent plus au reste de la masse que par un faible pédicule. Dans le reste de l'hémisphère, la substance cérébrale est d'une couleur grise foncée. Les ventricules contiennent peu de sérosité. On n'observe aucune autre altération remarquable.

§. I. Ici la transition observée dans le développement des symptômes a été si lente et si graduée, qu'il n'est pas facile de saisir l'époque précise où l'irritation des organes encéphaliques a fait place à l'inflammation proprement dite ; mais il n'est pas possible de méconnaître l'influence de la cause morale qui a déterminé une congestion habituelle vers le cerveau et ses annexes. Nous avons déjà vu plusieurs exemples d'inflammation de l'arachnoïde et du cerveau, dont la cause probable était un chagrin prolongé (*voyez* L. 1er, nos 8 et 19 ; L. 2e, nos 9, 10 et 17) ; et dans tous ces cas, je vous ai fait remarquer que la maladie avait commencé par l'arachnoïde. Dans celui-ci vous voyez également qu'après six semaines d'une santé chance-

lante et quelques jours de fièvre, le premier symptôme remarquable qui se manifeste est le délire. La paralysie du *bras* gauche n'a commencé que six jours après. Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, cette paralysie s'était étendue au membre inférieur, et elle était caractérisée par la *contraction* considérable des muscles ; ainsi la paralysie a suivi la même marche progressive, a été accompagnée des mêmes phénomènes spasmodiques que dans les cas de ramollissement. D'un autre côté, le délire, l'agitation spasmodique du bras droit, indiquaient assez qu'il existait une inflammation simultanée de l'arachnoïde ; vous remarquerez, quant au délire, qu'il a cessé lorsque la paralysie a fait des progrès, et que le malade a perdu tout-à-fait l'intelligence. Il n'était pas violent, et les mouvemens convulsifs du bras droit étaient peu prononcés ; aussi l'inflammation de l'arachnoïde n'était-elle pas accompagnée de suppuration, comme dans les cas où ces symptômes étaient très saillans.

§. II. Quant à l'altération du cerveau, elle est très remarquable en ce qu'elle nous montre les différentes nuances que peut offrir la désorganisation de la substance cérébrale, par l'effet d'une inflammation aiguë.

La couleur brune de la paroi inférieure du foyer tient au voisinage des circonvolutions cérébrales, formées de substance grise, et nous rappelle les observations de la première Lettre. La cavité irrégu-

lière, encore mal circonscrite et comme putrilagineuse, qui renfermait le pus, nous rappelle les ramollissemens, avec commencement de suppuration, de la seconde; elle nous montre aussi comment s'achèvent les abcès du cerveau. Nous avions vu jusqu'à présent des gouttelettes de pus, des petits foyers purulens plus ou moins nombreux, disséminés dans la substance cérébrale ramollie. Ici nous les voyons dans le moment où ils viennent de se réunir en un foyer commun; la substance qui les séparait flotte dans le pus, mais tient encore au reste du cerveau par une espèce de pédicule. Voilà le premier rudiment d'un abcès récemment formé, dont la cavité n'a pas eu le temps de se circonscrire exactement. Le malade est mort neuf jours apprès l'apparition de la paralysie.

N° 10.

Fracture au pariétal *droit;* 55 jours après, céphalalgie, fourmillement, engourdissement, faiblesse, enfin paralysie du côté *gauche*, trismus; mouvemens convulsifs à *droite;* mort le lendemain dixième jour. — *Inflammation de la dure-mère et de l'arachnoïde des deux côtés; dans l'hémisphère* droit *deux foyers purulens entourés d'un ramollissement considérable.*

Riom, âgé de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, tambour-maître, reçut à la bataille de Brienne un coup de feu au-dessous de la bosse pariétale *droite*, perdit connaissance pendant quelque temps,

fut ensuite pansé à la hâte, et dirigé sur Paris. Arrivé huit jours après, et placé aux Invalides, sa plaie était presque cicatrisée; mais il était tourmenté par une vive céphalalgie, des douleurs lancinantes dans la cicatrice, un assoupissement presque continuel. On incisa les tégumens, on appliqua une couronne de trépan, et l'on fit l'extraction de plusieurs fragmens d'os et d'une balle : il fut promptement soulagé, la plaie se ferma, et il sortit trois semaines après l'opération. Au bout de quinze jours, retour de la céphalalgie, frissons, fièvre (pédiluves, diète), point de changement. Pendant huit jours, somnolence presque habituelle, espèce de *fourmillement*, état d'*engourdissement* des membres du côté gauche; parole embarrassée, légère constriction des mâchoires. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu (5 juillet 1813) : il ne pouvait alors presque rien tenir dans la main *gauche;* sa démarche était lente, pénible, à cause de la faiblesse de la jambe gauche; pouls lent et plein. (Saignée, lavement purgatif, pédiluves sinapisés.)

Le lendemain, *paralysie complète du côté gauche.* Cicatrice enflammée, tendue, très douloureuse, sensation d'empâtement, et de fluctuation obscure sous les tégumens. Une incision est pratiquée, les os sont mis à nu, les esquilles retirées; la dure-mère est très rouge, couverte de bourgeons charnus, et très sensible au moindre attouchement. Elle est incisée crucialement : l'artère sphéno-épineuse donne une

grande quantité de sang : il ne sort point de pus de dessous la dure-mère. M. Dupuytren, soupçonnant au toucher un abcès peu profondément situé dans la substance cérébrale, y plonge son bistouri avec lenteur ; à neuf lignes environ de profondeur, une petite quantité de pus s'écoule le long de la lame : elle est enfoncée encore d'une ligne de plus et retirée. Il sort ensuite un peu plus d'une cuillerée ordinaire d'un pus grisâtre, un peu sanguinolent, et légèrement fétide. Après la sortie du pus, le malade, qui n'avait cessé de pousser des cris plaintifs, est sur-le-champ privé de la voix. Des mouvemens convulsifs assez forts se manifestent dans le côté non paralysé, l'autre reste immobile (pansement ordinaire du trépan). Peu d'instans après, l'appareil est rempli de sang. On comprime l'artère sphéno-épineuse, en introduisant, par l'ouverture de l'os, l'extrémité d'un levier étroit, garni de charpie, au moyen duquel on applique la dure-mère contre la voûte du crâne, par un mouvement de bascule exercé sur l'autre extrémité. Augmentation des convulsions, dilatation des pupilles, injection et coloration vive de la conjonctive, ecchymose des paupières, qui s'étend jusqu'au front et aux tempes. Le soir, convulsions moins fortes, pouls plus embarrassé, plus irrégulier (saignée du pied, lavement purgatif). A minuit, cessation des convulsions, respiration plus embarrassée. Mort à une heure du matin.

Autop. cadav. Tégumens du crâne qui entourent

la plaie, infiltrés de sang ; fêlure du pariétal et du temporal, étendue jusqu'à la base du crâne ; dure-mère très rouge à la surface de tout l'hémisphère *droit ;* arachnoïde également très rouge, mais seulement autour de la plaie; à quelque distance, quelques gouttes de sang entre ces deux membranes : du côté gauche, rougeur moins vive, injection moins considérable de ces membranes que du côté droit.

Autour de l'incision, pratiquée dans l'hémisphère *droit*, la substance cérébrale était ramollie, réduite en une espèce de putrilage, semblable, pour la consistance, à de la bouillie, d'une odeur très fétide, d'une couleur jaune-grisâtre. On ne pouvait plus distinguer la substance grise des circonvolutions de la substance blanche du centre ovale. Le foyer qui contenait le pus, évacué par cette incision, avait son siége à la partie supérieure et externe du ventricule droit, dont il comprimait la partie supérieure; il était de capacité à contenir une petite noix : la substance cérébrale environnante offrait partout la même altération que celle qui le recouvrait : à mesure qu'on l'examinait plus loin du foyer, elle reprenait sa couleur et sa densité ordinaire : au dessous et un peu plus antérieurement, existait un autre abcès plus petit, offrant les mêmes altérations, et renfermant un pus semblable à celui qui était sorti par l'incision pratiquée au premier : le tissu de l'hémisphère gauche était fortement injecté.

Les détails de cette observation m'ont été commu-

niqués par M. Leroy, alors élève interne à l'Hôtel-Dieu.

§. I. Je ne m'arrêterai aux circonstances purement locales de cette plaie, que pour vous faire remarquer combien elles étaient propres à produire une inflammation du cerveau. Cependant, malgré tant de causes puissantes qui ont agi presque directement sur lui ; malgré le jeune âge du sujet (17 ans), pendant cinquante-cinq jours il ne se manifesta pas le moindre phénomène qui pût faire craindre une affection cérébrale : la paralysie, qui se développa à cette époque, ne fut précédée ni de mouvemens convulsifs, ni de roideur permanente; elle commença par un *fourmillement*, un *engourdissement* des membres du côté gauche, et ses progrès furent si lents, que, huit jours après, quand le malade entra à l'hôpital, il pouvait encore se promener ; ainsi la jambe supportait encore tout le poids du corps; mais il ne pouvait presque plus rien tenir dans sa main: le membre supérieur était donc plus affecté que l'inférieur.

Vous reconnaissez ici la marche extrêmement lente et progressive de la paralysie, que je vous ai fait remarquer dans certains cas de ramollissement : aussi le seul phénomène spasmodique qui l'ait accompagné, a été une légère constriction des mâchoires. Cependant ici nous ne pouvons pas, comme dans les cas de ramollissement, douter de la nature inflammatoire de la maladie, puisqu'il existait du pus. Je dirai plus, cette inflammation était aiguë, puisque ces abcès

s'étaient formés dans l'espace de dix jours. Pourquoi donc a-t-elle présenté cet aspect atonique, cette absence des symptômes d'irritation ? Probablement par la même raison qu'elle a eu tant de peine à se développer, c'est-à-dire parce que l'individu était d'un tempérament lymphatique ; comme, dans les autres cas, c'était parce que les malades étaient très âgés. Ces circonstances, que les anciens ont presque toujours négligées dans leurs observations particulières, sont donc très importantes à noter : elles seules peuvent nous rendre compte des variétés que présente la même maladie chez des individus différens, et rendre la médecine aussi positive que les autres sciences d'observation.

§. II. Les mouvemens convulsifs ne se sont manifestés qu'après l'opération, et la mort a eu lieu le lendemain ; aussi l'arachnoïde ne présentait-elle que des traces d'une inflammation toute récente, déterminée ou augmentée par cette opération, et par l'introduction d'un corps étranger sous la dure-mère, pour arrêter l'hémorrhagie ; aussi le malade n'a-t-il éprouvé ni délire, ni agitation, etc. Nous ne retrouvons ici que les symptômes de ramollissement exempts de complication. Le pouls était *lent* et *plein*.

§. III. Vous avez sans doute remarqué que les convulsions n'avaient affecté que le côté du corps non paralysé ; et cependant l'arachnoïde du côté opposé était moins rouge, moins injectée que celle qui recouvrait l'hémisphère du cerveau en suppuration. Il est facile de concevoir pourquoi cette inflammation,

assez légère, a déterminé des convulsions dans le côté du corps opposé, qui était sain, tandis que l'autre, plus intense, n'en a pas produit dans le côté du corps paralysé. Il est évident que cette différence tient à l'état du cerveau sous-jacent à l'arachnoïde. Elle prouve, comme je vous l'ai dit, que l'arachnoïde ne produit du délire et des convulsions que par son influence sur le cerveau avec lequel elle est en contact. Tout cela est si clair, que je ne m'y serais pas même arrêté, si des cas analogues (et ce sont les plus nombreux à la suite des plaies de tête), observés superficiellement, n'avaient fait croire que ces convulsions du côté de l'hémisphère enflammé, et la paralysie du côté opposé étaient produites par l'inflammation du cerveau.

§. IV. L'état de la suppuration est bien en rapport avec la durée de la maladie : la mort a eu lieu le dixième jour; aussi les deux abcès n'étaient-ils pas encore bien circonscrits; l'altération de la substance cérébrale environnante était d'autant plus considérable, qu'on l'examinait plus près de la cavité de l'abcès; réduite en une espèce de putrilage semblable à de la bouillie, elle était imprégnée de pus, puisqu'elle avait la même couleur, et que la substance grise des circonvolutions ne pouvait plus être distinguée de l'autre; ainsi le pus était en partie réuni en foyer, en partie infiltré dans la substance cérébrale.

§. V. On a généralement fait un précepte de pratiquer une ponction au cerveau, lorsqu'il n'existe point d'épanchement sous la dure-mère, et que les symp-

tômes et une espèce de tension, d'élasticité des circonvolutions, font soupçonner l'existence d'un abcès superficiel. Je ne veux pas mettre en doute un seul instant la nécessité d'avoir recours à ce moyen extrême, dans le cas supposé; mais je dois vous prévenir qu'il faut très peu compter sur le succès, lors même qu'on a rencontré le foyer de la manière la plus heureuse, et produit l'évacuation du pus. Je sais que les auteurs rapportent quelques exemples de guérison; mais malheureusement on ne cite guère les autres.

J'ai vu, cinq ou six fois, pratiquer cette opération dans les circonstances les plus favorables, et tous les malades ont succombé. Je veux bien croire que l'influence des hôpitaux y soit pour quelque chose; mais après l'évacuation du pus, comment borner les ravages de l'inflammation aux parties primitivement affectées? Il ne faut donc pas se faire illusion sur le succès qu'on serait en droit d'en attendre, d'après l'assurance avec laquelle en parlent les auteurs. Quand on a rencontré l'abcès, on se félicite, on croit le malade sauvé; mais on ne tarde pas à voir les symptômes reprendre une nouvelle intensité, et l'on finit par avoir la douleur de le perdre.

N° II.

39 ans; ancienne hémiplégie à *gauche*, guérie; plusieurs années après, céphalalgie, étourdissemens, perte du mouvement du côté *gauche;* émétique, perte de la parole et des fonctions intellectuelles, rigidité et flexion du bras *gauche*, roideur des membres *droits* sans paralysie; mort le cinquième jour. — *Inflammation de l'arachnoïde des deux côtés; deux abcès dans l'hémisphère* droit *du cerveau avec ramollissement, épaississement et dilatation du ventricule gauche du cœur.* (Obs. communiquée par M. Martin Solon, chef de clinique interne à l'Hôtel-Dieu.)

Morelle (Véronique), âgée de 39 ans, d'une constitution robuste, joignant à un embonpoint assez considérable un cou court, habituellement mal réglée, avait, au rapport de son mari, éprouvé une attaque de paralysie : le côté *gauche*, qui était affecté, ne recouvra que graduellement et au bout d'un temps fort long, le libre exercice de ses fonctions. On ne put savoir à quelle époque ces symptômes s'étaient manifestés, ni combien de temps ils avaient duré. Quelques années après, elle éprouva (au commencement d'octobre 1820) des maux de tête assez violens, qui durèrent, presque sans interruption, pendant environ un mois; ses règles manquèrent à l'époque ordinaire. Le 25, elle eut des étourdissemens fréquens, qui furent bientôt suivis de la paralysie de la moitié *gauche* du corps. Un médecin, appelé, prescrivit l'émétique : après son administration, la malade perdit l'usage de la parole.

Le deuxième jour, trente sangsues au cou : point d'amélioration. Le troisième jour, vésicatoires aux cuisses : le soir, perte complète des fonctions intellectuelles.

Le quatrième jour (28 octobre 1820) elle fut apportée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 5, dans l'état suivant : décubitus sur le dos, perte absolue de connaissance, face peu animée, yeux fortement injectés, ternes et chassieux : pupilles immobiles, modérément contractées ; commissure des lèvres tirée à *droite ;* paralysie du mouvement de la moitié *gauche* du corps, sans diminution notable de la sensibilité ; *bras gauche roide et fléchi ;* roideur et flexion des membres du côté *droit*, mais sans paralysie du mouvement ; respiration lente, un peu bruyante ; pouls dur, fréquent, peu développé. (Sinapismes aux membres inférieurs, lavement purgatif.) Point de changement.

Le soir on tente inutilement de tirer du sang de plusieurs veines, et même de l'artère temporale ; la malade meurt dans la nuit, cinquième jour.

Autop. cadav. Surface du corps presque décolorée, face peu injectée, vaisseaux de la tête médiocrement gorgés de sang.

Crâne. Dure-mère à l'extérieur d'un jaune pâle et couverte d'une multitude de gouttelettes de sang ; à l'intérieur tachetée de plaques rouges, d'un pouce environ de diamètre, dans lesquels les vaisseaux sanguins sont très développés. Sur les deux tiers an-

térieurs des hémisphères cérébraux, l'arachnoïde est très épaisse, opaque, de couleur jaune-verdâtre, sa surface est lisse et polie. Celle qui recouvre le tiers postérieur est de plus fortement injectée. Même altération sur l'éminence vermiculaire, supérieure du cervelet. A la base du cerveau et sur ses parties latérales elle est seulement rouge et injectée.

La pie-mère est infiltrée d'un pus épais, de couleur jaune, verdâtre, qui écarte de plus d'une ligne l'arachnoïde de la surface du cerveau. A la partie supérieure des deux hémisphères, ces deux membranes, quoique peu résistantes, se laissent cependant séparer très facilement de la surface des circonvolutions cérébrales. L'hémisphère *droit* paraît plus volumineux que le gauche; vers sa partie moyenne on remarque un aplatissement assez considérable des circonvolutions. On sent en cet endroit de la mollesse; on incise d'avant en arrière à 8 ou 10 lignes du sillon de la faux du cerveau; les deux lèvres de l'incision sont aussitôt couvertes d'une couche de pus; on la prolonge alors dans tous les sens, et l'on trouve deux foyers purulens, dont l'un situé vers l'angle antérieur et supérieur du pariétal, près de la surface des circonvolutions, de la capacité d'une petite noix, contenant un pus grisâtre et sans consistance, à parois très irrégulières, inégales, anfractueuses, présentant çà et là des espèces de clapiers, assez molles dans quelques points, mais en général consistantes dans les autres : en y versant un filet d'eau, on y voit flotter

des filamens grisâtres, mollasses, floconneux, au-dessous desquels un grand nombre de vaisseaux donnent au tissu du cerveau une teinte rouge uniforme.

L'autre abcès semblable au premier, mais plus considérable, occupait la partie de l'hémisphère où l'on avait remarqué un aplatissement; la substance cérébrale qui environnait ces deux foyers n'était altérée que dans l'étendue de deux ou trois lignes.

En enlevant avec soin l'arachnoïde et la pie-mère, on acquiert la certitude que ces abcès, quoique très superficiels, sont cependant développés dans la substance même du cerveau, et non dans les replis des circonvolutions, comme on aurait pu le croire.

Point de sérosité dans les ventricules; arachnoïde comme dans l'état naturel.

Poitrine. Poumons sains; cœur peu volumineux; ventricule gauche plus ample et plus épais que de coutume.

Abdomen. Rien de particulier dans les organes digestifs.

§. I. Nous voyons ici un exemple de suppuration encore plus avancée que dans les observations précédentes. Le pus n'est plus mêlé aux débris du cerveau, il est réuni en foyers mieux circonscrits; mais les parois de ces foyers sont encore dans plusieurs points molles et irrégulières. Les filamens grisâtres et floconneux qui flottent dans leur cavité, sont encore les traces de ces débris du cerveau désorganisé, dont nous avons parlé dans l'Observation n° 9.

§. II. Quant aux symptômes, ils sont parfaitement d'accord avec les altérations trouvées à l'ouverture du cadavre, et semblables à ceux de ramollissement compliqué d'arachnoïdite. Paralysie du mouvement sans diminution notable de la sensibilité, roideur et flexion du bras, le tout à *gauche*. Abcès dans l'hémisphère *droit* du cerveau. Roideur et flexion des membres du côté droit, mais sans paralysie. Inflammation violente de l'arachnoïde des deux côtés.

§. III. Après l'administration d'un émétique la malade a perdu la parole, ce qui confirme les réflexions que nous avons eu l'occasion de faire au sujet de l'influence pernicieuse des efforts de vomissement sur la marche des affections cérébrales.

§. IV. Vous avez vu que la malade avait eu, plusieurs années auparavant, une hémiphlégie du même côté du corps, qui fut affecté la seconde fois. Était-elle due à une hémorrhagie cérébrale? cela est possible à la rigueur : cependant vous remarquez qu'on n'en a trouvé aucune trace dans l'hémisphère opposé du cerveau, qui a été examiné avec tant de soin. Il est donc probable que la première maladie était de même nature que celle qui a causé la mort, et qu'elle s'est terminée cette fois par résolution. Quoi qu'il en soit, cette disposition aux affections cérébrales est très remarquable par sa coïncidence avec l'augmentation d'épaisseur des parois du ventricule gauche du cœur, sans rétrécissement de l'orifice aortique. (V. les Reflexions sur ce sujet, note, p. 44.)

§. V. Nicolas Massa (Lib. introd. anat., c. 28) fit en 1533 l'ouverture du cadavre d'un homme qui, frappé au côté droit de la suture sagittale, était mort paralysé de la moitié du corps, opposée à la plaie. Il trouva deux abcès pleins d'un pus louable, l'un dans le cerveau du côté de la plaie, l'autre dans le cervelet.

Cette observation est tellement tronquée que je ne vous la rapporte ici que comme objet de comparaison.

N° 12.

3 ans, faiblesse du bras *gauche*, paralysie du mouvement et non de la sensibilité ; noix vomique, émétique ; céphalalgie, mouvemens convulsifs, roideur permanente, surtout des membres paralysés, retour des mêmes symptômes ; catarrhe pulmonaire, entérite, fièvre, etc. ; mort le trente-troisième jour. — *Épanchement de sang dans la pie-mère et la substance grise des circonvolutions, abcès, ramollissement avec injection sanguine à* droite, *double arachnoïdite ; inflammation de la muqueuse pulmonaire et intestinale, double pneumonie.*

Labiche, âgée de 3 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait depuis quatre mois de légers catarrhes pulmonaires et une diarrhée qui revenait de temps en temps, sans altérer notablement sa santé. Pendant 4 jours, mauvaise humeur, plaintes fréquentes, douleur dans le ventre, diarrhée. Le 11 novembre 1820, dans la matinée, sans cause connue elle éprouva de la *faiblesse* dans le bras *gauche*, et se plaignit pour la première fois de douleurs de tête ; quelques instans après, voulant se lever de dessus sa chaise, elle ne put se

soutenir et *tomba* sur le côté *gauche.* Depuis lors, *paralysie du mouvement* de tout ce côté du corps.

Le lendemain, jour de son entrée à l'hôpital des Enfans, plusieurs vomissemens bilieux, assoupissement le troisième jour. A la visite, la petite malade était dans l'état suivant : perte du mouvement dans les membres supérieur et inférieur du côté *gauche*, intégrité de la sensibilité, léger ébranlement du membre quand on pince la peau, produit par les efforts que fait la malade pour le remuer, morosité, au moindre attouchement agitation, cris fréquens, pendant lesquels le côté droit de la face est seul mobile; du reste, mobilité très grande des paupières et de la langue, intégrité de la vue et des fonctions intellectuelles, appétit vif, pas de fièvre, mais léger développement du pouls, un peu de dévoiement et de catarrhe pulmonaire. (Eau de gomme, julep gommeux, diète.)

Les vomissemens se répétant souvent et la diarrhée continuant, le cinquième jour on appliqua trois sangsues à l'épigastre, et le sixième cinq à l'anus, sans aucun résultat. Le soir, invasion de la fièvre, qui augmente la nuit avec alternatives de rougeur et de pâleur de la face.

Le septième jour, au matin ; regard fixe, pupilles dilatées et peu contractiles, soif vive, diarrhée légère, cessation des vomissemens, pouls assez développé, inégal et irrégulier, offrant près de 110 pulsations par minute. (Saignée de ℥ iv, sinap. aux pieds.)

Le huitième, fièvre moindre, pouls moins fréquent, moins inégal, céphalalgie. (6 sangsues der-

rière l'oreille.) Les jours suivans, pouls toujours un peu fréquent, mais égal et régulier, cessation de la diarrhée. (Lait coupé pour aliment.)

Le onzième jour, l'hémiplégie continuant et n'étant accompagnée que d'un peu de fièvre et de catarrhe pulmonaire, on donna un demi-grain d'extrait alcoholique de noix vomique, dans un julep gommeux à prendre en trois fois.

Le treizième jour, on suspendit l'usage de la noix vomique, pour donner un émétique, qui procura plusieurs vomissemens bilieux abondans.

Le quatorzième, on en reprit l'usage à la dose d'un grain, et le lendemain d'un grain et demi. Le soir, céphalalgie, agitation qui augmente dans la nuit, fièvre assez forte.

Le seizième, un quart d'heure après la troisième prise du médicament, mouvemens convulsifs très marqués; dans l'intervalle des accès, roideur permanente; ces symptômes sont surtout prononcés dans les membres paralysés; mâchoires rapprochées avec force; cependant on parvint à faire avaler un demi-grain de tartre stibié, mais sans pouvoir procurer de vomissemens. En même temps, agitation des yeux, roulant dans leurs orbites et souvent renversés en haut, pupille d'abord resserrée, ensuite dilatée, perte absolue de connaissance, pouls très accéléré et très résistant. Pendant une heure, frictions avec l'éther acétique, cessation de ces symptômes, assoupissement jusqu'au soir (potion éthérée).

Le vingtième, apparition, sur la peau du crâne, de petits boutons surmontés de croûtes brunâtres, du volume d'une graine de lin, retour de la diarrhée, exacerbation de la fièvre, pouls 120 par minute.

Le vingt-unième, rougeur de la conjonctive, gonflement des paupières (huit sangsues derrière l'oreille gauche, collyre adoucissant, panade).

Le vingt-deuxième, vésicatoire à la nuque, continuation d'une diarrhée légère, malgré la diète, presque absolue; diminution des forces et de l'appétit, peau pâle et bouffie.

Le vingt-quatrième, pouls plus fréquent, toux grasse, respiration gênée (saignée qui donne à peine du sang, les veines étant presque vides; six sangsues au-devant du sternum); les jours suivans, sinapismes aux pieds, face bouffie, infiltration œdémateuse de la main et du pied, puis de l'avant-bras et de la jambe du côté paralysé, extinction graduelle de la voix, respiration de plus en plus gênée, toux plus fréquente, pouls extrêmement faible et accéléré, disparition de l'ophtalmie.

Le vingt-neuvième, son mat des deux côtés de la poitrine, en arrière, surtout à droite (quatre sangsues de chaque côte); augmentation des symptômes précédens, haleine fétide, gencives molles, saignantes : cependant on sent encore dans les membres paralysés une légère roideur insolite.

Le trente-unième, cautère sur le côté droit de la poitrine, agitation, perte de connaissance.

Trente-deuxième, mouvemens spasmodiques, roideur permanente, surtout des membres du côté gauche, augmentation des autres symptômes; mort le trente-troisième jour.

Autop. cadav. vingt-huit heures après la mort.

Tête. Sinus de la dure-mère remplis, surtout le longitudinal supérieur, de caillots de sang très volumineux, et d'une matière comme fibrineuse, grisâtre, et ramollie à son centre, qui paraissait réduit en putrilage. Vaisseaux de la pie-mère très injectés, surtout à *droite;* espèce de suffusion sanguine dans plusieurs points de la surface de ce dernier hémisphère, et même épanchement de plusieurs caillots de sang près du sinus longitudinal supérieur. Circonvolutions des lobes antérieur et moyen de cet hémisphère (*droit*) affaissées supérieurement, et tellement adhérentes à l'arachnoïde, qu'on ne pouvait enlever cette membrane sans arracher en même temps la substance grise. Dans presque toute l'étendue de la surface supérieure du lobe moyen, elle offrait un épanchement, ou plutôt une infiltration de sang en caillot, intimement mélangé à la substance cérébrale; cette infiltration, qui ne s'étendait pas à un pouce de profondeur, paraissait avoir eu lieu d'abord dans plusieurs points isolés, et s'être réunie ensuite; ces circonvolutions, ainsi que la substance cérébrale voisine, jusqu'au ventricule latéral, étaient extrêmement molles, comme diffluentes et putrilagineuses; chaque incision y faisait apercevoir une multitude de

petits points rouges, résultant de la division des vaisseaux capillaires sanguins dilatés. Le lobe antérieur de l'hémisphère droit contenait une autre altération remarquable : sa moitié supérieure était comme fondue en une suppuration liquide, semblable à une dissolution de substance cérébrale dans de la sérosité. La portion saine de chaque hémisphère était fort injectée, surtout du côté droit et vers les ventricules : ceux-ci ne contenaient que peu de sérosité. La paroi supérieure du *droit* était ramollie; l'arachnoïde qui le tapisse était un peu épaisse, et criblée d'une multitude innombrable de points rouges, surtout vers le *septum lucidum* et le corps calleux. Les vaisseaux des plexus choroïdes étaient gorgés de sang. Rien à la base du cerveau ni dans le cervelet.

Poitrine. Membrane muqueuse des bronches rouge et injectée. Partie postérieure des deux poumons gorgée de sang d'un rouge violacé, mollasse et facile à déchirer avec les doigts, d'un tissu non crépitant, et gagnant le fond de l'eau.

Abdomen. Dans l'S iliaque du colon et le rectum, la membrane muqueuse était un peu boursouflée, rougeâtre, et recouverte d'un mucus puriforme.

§. I. Cette observation (1) est très compliquée;

---

(1) Elle m'a été communiquée par M. le docteur Thibert, alors élève interne à l'hôpital des Enfans.

cependant, comme elle a été recueillie avec un grand soin, il nous sera facile de suivre le rapport des symptômes avec les altérations pathologiques, l'enchaînement des causes et des effets. Faisons abstraction pour un moment des affections de la poitrine et de l'abdomen. La petite malade commence par éprouver un sentiment de faiblesse dans le bras *gauche*, et quelques instans après, tombe sur le côté *gauche*, qui, dès ce moment, reste privé du *mouvement*, mais non de la *sensibilité*. Ainsi la paralysie commence assez brusquement, sans avoir été précédée d'aucun phénomène spasmodique; et nous trouvons, du côté droit du cerveau, une espèce d'infiltration ou d'épanchement de sang dans la substance grise des circonvolutions, une suffusion sanguine dans la pie-mère qui les recouvre; altérations qui ne peuvent avoir été produites que par une congestion hémorrhagique: celle-ci s'est renouvelée plusieurs fois, et coup sur coup, comme le prouve la succession des phénomènes paralytiques, et l'altération offre des traces non équivoques de plusieurs efforts hémorrhagiques. Ces mêmes symptômes prouvent que la congestion s'est opérée plus rapidement que dans les inflammations, et cependant d'une manière moins brusque et moins violente que dans les hémorrhagies complètes, qui constituent les apoplexies ordinaires. Aussi le sang était-il autant infiltré qu'épanché dans la substance grise. Enfin la malade avait conservé la sensibilité dans les membres privés de mouvement, l'in-

tégrité de son intelligence et des fonctions des sens, et le sang était étalé en couche mince à la surface du cerveau. Ainsi l'altération était peu profonde, et le cerveau n'avait perdu qu'une partie de ses fonctions.

§. II. Dans les inflammations cérébrales, les symptômes augmentent ou diminuent, suivant que la maladie fait des progrès ou marche vers la résolution; mais ils ne peuvent rester long-temps stationnaires, parce qu'il n'est pas dans la nature de l'inflammation de persister long-temps au même degré. Dans les hémorrhagies cérébrales, au contraire, les symptômes étant dus à la présence du sang, ne peuvent diminuer qu'autant que l'absorption de ce corps étranger s'opère, ou augmenter qu'autant qu'il survient une inflammation ou une nouvelle hémorrhagie. Ici, après ces premiers symptômes, dus à des efforts hémorrhagiques en partie avortés, on n'observe aucun changement jusqu'au seizième jour; mais à cette époque, c'est-à-dire cinq jours après le commencement du traitement par la noix vomique, se manifestent des mouvemens convulsifs intermittens, une roideur permanente des muscles, remarquable surtout dans le membre paralysé; on administre un émétique qui ne produit pas de vomissement; mais il est bientôt suivi d'agitation des yeux, de variation dans l'ouverture de la pupille, de perte absolue de connaissance, etc. Ces symptômes diminuent à mesure que ceux de gastro-entérite s'aggravent; cependant, le

vingt-neuvième jour, *on sent encore dans les membres paralysés une roideur insolite.* Si l'on n'en parle pas pendant treize jours, c'est que l'attention a été détournée par d'autres symptômes graves. Le trente-unième, agitation, perte de connaissance; le lendemain, retour des mêmes phénomènes spasmodiques; mort le trente-troisième. Ainsi les symptômes inflammatoires ont persisté avec plus ou moins d'intensité pendant quinze jours, et se sont exaspérés deux ou trois jours avant la mort. Une partie du lobe antérieur de l'hémisphère droit était comme fondue en une suppuration liquide, etc.; la substance cérébrale sous-jacente à l'épanchement du sang, était ramollie jusqu'au ventricule latéral, et fortement injectée; les circonvolutions adhéraient à l'arachnoïde. Voilà donc, d'une part, un abcès; c'est-à-dire une altération déjà ancienne, qui répond exactement à la première série des symptômes inflammatoires survenus seize jours avant la mort, et de l'autre un ramollissement, avec injection sanguine, qui s'accorde très bien avec la recrudescence de ces mêmes symptômes trois jours avant la mort.

Si vous m'objectez qu'il est plus naturel de penser que l'inflammation a dû se développer d'abord autour de l'épanchement, je vous rappellerai l'Observation n° 11 de la Lettre première, où vous verrez qu'une suppuration s'est établie à une assez grande distance de deux petits caillots de sang autour desquels la substance cérébrale n'était point ramollie,

ce qui prouve que ce n'est pas toujours autour de l'épanchement sanguin que se développe l'inflammation dont les symptômes se manifestent après ceux de l'hémorrhagie.

§. III. Vous avez sans doute remarqué que la substance cérébrale était comme *dissoute en une suppuration liquide*, semblable à une dissolution de substance cérébrale dans de la sérosité, et vous avez pu être surpris qu'au bout de seize jours, chez un enfant de trois ans, le pus n'ait pas été mieux élaboré, plus épais, etc. Mais rappelez-vous dans quelles circonstances cet abcès s'est formé. L'enfant était d'un tempérament *lymphatico-sanguin*, détérioré par des maladies antérieures; ses membres étaient infiltrés, et ses gencives molles et saignantes, circonstances qui annoncent une débilité profonde et générale.

Le côté du corps non paralysé a participé, quoiqu'à un faible degré, aux symptômes spasmodiques qui ont agité les membres paralysés, et l'arachnoïde de la surface des ventricules et des hémisphères, très injectée, offrait des traces non équivoques d'inflammation. Cependant, il n'est question ni de délire, ni de rien qui y ressemble; mais remarquez que le cerveau était déjà altéré, quand l'inflammation de l'arachnoïde a commencé.

§. IV. Je ne puis revenir ici sur tous les détails dans lesquels je suis entré au sujet des inflammations qui succèdent aux hémorrhagies. Je vous engage

à relire le §. XVI de la Lettre deuxième, page 256, les Observations de la Lettre première, nos 7, 8, 10, 11, 12, celle de la note page 104, et celle du nommé Husson, Observation 28, page 120, de l'ouvrage de M. Rochoux (*Recherches sur l'Apoplexie*), et vous verrez que les mêmes causes produisent toujours les mêmes effets.

Voyez aussi le §. XX, relativement à l'action de la noix vomique.

§. V. Les autres symptômes ne sont pas moins en harmonie avec les altérations pathologiques. Pendant quatre mois, la malade a éprouvé des catarrhes des membranes pulmonaire et intestinale ; pendant tout le cours de la maladie cérébrale, ces membranes ont continué à être affectées plus ou moins, et la fièvre a suivi d'une manière assez constante la marche des phlegmasies gastro-intestinale et pulmonaire. Ainsi, après une saignée et plusieurs applications de sangsues, à partir du huitième jour, la fièvre et le dévoiement diminuèrent jusqu'au quinzième, où après l'administration de la noix vomique et d'un émétique, la fièvre reparut. Elle augmenta le lendemain, après une autre administration de noix vomique et d'émétique; s'exaspéra encore le vingtième, ainsi que la diarrhée ; le vingt-unième, survint une inflammation de la conjonctive qui fit de nouveau recourir aux sangsues. Le vingt-quatrième et les jours suivans, se manifestent des symptômes de pneumonie, qui font encore employer les éva-

cuations sanguines; mais elles ne font qu'augmenter la prostration générale qui se manifeste sous toutes les formes. La membrane muqueuse du poumon, celle du colon et du rectum, offraient des traces non équivoques d'inflammation, et la partie postérieure de la poitrine, qui, pendant la vie, avait cessé d'être sonore par la percussion, correspondait à la partie postérieure des deux poumons qui avait cessé d'être perméable à l'air.

§. IV. Il résulte du peu de mots que nous venons de dire du traitement, les conséquences suivantes, qui me paraissent de la plus haute importance : dans la première moitié de la maladie, les évacuations sanguines ont produit les plus heureux effets ; la noix vomique et l'émétique ont exaspéré les affections qui existaient, et en ont produit de nouvelles. Les évacuations sanguines, employées de nouveau chez un sujet épuisé par le traitement antérieur et accablé par le nombre et la gravité des maladies, ont été, non seulement inutiles, mais probablement nuisibles.

N° 13.

25 ans, coup de feu sur le pariétal *droit*, délire, agitation, mouvemens convulsifs à *gauche*, paralysie du même côté ; mort le septième jour. — *Inflammation des méninges et suppuration d'une partie du cerveau à* droite. (Herpin, méningitis, p. 64.)

Daniel Zelm, charretier du train d'artillerie, âgé

de 25 ans, fort et robuste, reçut d'un autre soldat, qui voulait l'assassiner, plusieurs coups de sabre sur la tête, la face et les membres thoraciques, et un coup de feu à la partie moyenne du pariétal (du côté *droit*, comme le prouve la suite de l'observation); la balle avait enfoncé les deux tables de l'os, et s'était divisée en deux portions, dont l'une, beaucoup plus petite, était entrée dans le crâne, et l'autre avait glissé entre le crâne et les tégumens. L'assassin, après l'avoir ainsi mutilé, le traîna dans une petite rivière, d'où il eut la force de sortir pour gagner son logement distant d'un quart de lieu. On fit à l'hôpital, où il fut transporté, l'extraction de la portion de balle extérieure; on débrida la plaie, et l'on enleva les esquilles qu'on put détacher; on réunit les autres plaies. Le soir, le malade, ayant repris sa chaleur naturelle, fut saigné.

Le lendemain, troisième jour de la blessure, il était dans l'assoupissement lorsqu'on amena devant lui l'assassin; il le reconnut aussitôt, voulut s'élancer sur lui, et donna différens renseignemens fort exacts sur ce qui s'était passé. Depuis ce moment, agitation, fièvre, mouvemens irréguliers dans les muscles, *délire* (saignée), persistance des symptômes, convulsions du côté *gauche*, opposé à la plaie du cerveau; le quatrième jour, agitation dans tous les sens, cris affreux.

Le cinquième jour, paralysie du côté *gauche*. La main de l'autre côté se porte vers la plaie du crâne.

Le sixième jour, état apoplectique, respiration gênée, peau sèche. Le septième jour, mort.

Autop. cadav. Vis-à-vis de la fracture (c'est-à-dire à *droite*), la méninge était dilacérée et noire dans une assez grande étendue. La portion du cerveau correspondante était *en suppuration* dans une étendue de six lignes de profondeur, et de plus de deux pouces de circonférence; on trouva dans cet endroit la petite portion de la balle entrée dans le crâne; presque tout le lobe droit, coupé horizontalement, paraissait bleuâtre. La méninge du côté gauche était injectée à l'endroit qui correspondait aux deux coups de sabre; entre elle et la méninge, on trouva une gelée tremblante, incolore et diaphane, l'hémisphère de ce côté était parfaitement sain.

§. I. Vous voyez que le délire a précédé les convulsions, que celles-ci ont précédé la paralysie, qu'en même temps le malade s'agitait dans tous les sens, poussait des cris affreux, et portait sa main non paralysée à la plaie. Ces symptômes, par leur marche et par leur réunion, confirment si exactement tout ce que nous avons dit des inflammations de l'arachnoïde et du cerveau, et s'expliquent si clairement par l'autopsie cadavérique, que je me dispenserai de toute réflexion.

N° 14.

22 ans, fracture du crâne à *droite*; convulsions générales, hémiplégie à *gauche*; mort quinze jours après. — *Inflammation des méninges, abcès dans le cerveau à* droite. (Herpin, méningitis, p. 68.)

Un soldat de l'empereur d'Autriche, âgé d'environ 22 ans, petit de stature, d'une complexion faible, fut blessé à la bataille de Hohenlinden, par une branche d'arbre qui, détachée par un boulet de canon, lui tomba sur la tête, et perça le crâne près la suture pariétale du côté *droit*. On ne fit aucune recherche sur le champ de bataille, et le malade fut évacué d'ambulance en ambulance durant quatre jours, vomissant pendant la route tout ce qu'il prenait. A son arrivée à l'hôpital, il avait des *convulsions générales* et un vomissement continuelle. On incisa les tégumens, il en résulta une hémorrhagie qui cessa bientôt.

Le lendemain, cinquième jour, hémiplégie complète de tout le côté *gauche*, immobilité de l'œil du même côté, dilatation de la pupille insensible à la lumière, déjections involontaires; pendant huit jours, même état hémiplégique, presque point de fièvre, air hébété, stupeur, abattement général.

Vers le quinzième jour, symptômes adynamiques, mort sans angoisses et sans agitation.

Autop. cadav. La méninge et la méningine étaient entières, mais changées de couleur et d'épaisseur.

En plongeant le scalpel dans le lobe *droit* du cerveau, il en sortit une grande quantité de pus. Toute la substance blanche et une grande partie de la cendrée étaient tombées en suppuration verdâtre, sans cependant être excessivement fétide, le lobe gauche était sain ainsi que les méninges.

§. I. Cette observation ne présente de particulier que le vomissement opiniâtre qui a duré pendant quatre jours. C'est un symptôme commun dans les plaies de tête. Mais ce n'est pas ici le lieu de nous en occuper. Quant aux autres, vous voyez que la paralysie du côté gauche a été précédée de convulsions générales, dues à l'inflammation de l'arachnoïde. Ce qui est remarquable, l'œil du même côté et ses muscles moteurs ont participé à cette hémiplégie, puisque la pupille était dilatée, insensible aux impressions de la lumière, le globe de l'œil immobile, etc.

N° 15.

48 ans, légère contusion; quinze jours après, affaiblissement du bras *droit*, ensuite de la jambe; hémiplégie avec rigidité et douleur, lésion de l'intelligence ; mort le vingtième jour. — *Petit abcès à la partie moyenne et interne de l'hémisphère* gauche. (Ducrot, *Essai sur la Céphalite*, 1812, Obs. 1re.)

« Louis Motel, âgé de 48 ans, se heurte le sommet de la tête contre le manteau d'une cheminée, sans éprouver, à l'instant du coup, d'autre accident

qu'un éblouissement momentané. Au bout de quinze jours, manifestation au *bras droit d'un léger affaiblissement, qui fait peu à peu des progrès.* Le cinquième jour, même phénomène au membre *inférieur* du même côté; en outre, changement notable dans les facultés de l'entendement, aspect stupide du visage, air d'étonnement, difficulté dans l'association des idées, altération de la mémoire, pouls faible et concentré. Le huitième, paralysie complète des deux membres malades, avec *rigidité et douleur;* mémoire plus altérée, nulle augmentation dans la lésion du jugement, nul coma : on observe que la rigidité et la douleur sont beaucoup plus prononcées au membre supérieur qu'à l'inférieur. Jusqu'au quatorzième, point de changement. Le quinzième, un peu d'assoupissement, altération des traits du visage, sécheresse de la langue, soif, chaleur de la peau, fréquence et faiblesse du pouls. Le dix-huitième, perte de connaissance, déjections et urines involontaires. Le dix-neuvième, respiration stertoreuse, extrémités froides. Le vingtième, mort.

« On trouva à la partie moyenne et interne du lobe *gauche* du cerveau, un foyer purulent, qui avait à peu près quatre lignes de diamètre, et dont les parties environnantes étaient d'un rouge sablé, dans une épaisseur de deux lignes; les autres parties du cerveau n'offraient rien de remarquable. »

§. I. M. Ducrot rapporte cette intéressante observation comme un exemple de *céphalite,* exempte de

complication, et fait observer que le malade n'a éprouvé ni délire, ni agitation, ni mouvemens convulsifs, etc., symptômes qu'il attribue dans l'autre observation que je vous ai citée (*Voy.* n° 1) à l'inflammation de l'arachnoïde, qui avait précédé celle du cerveau : en conséquence, il regarde ceux que vous venez de lire comme caractéristiques de la céphalite. Je n'ai rien à ajouter aux judicieuses réflexions de M. Ducrot, sinon que son observation, par la réunion des symptômes qu'elle présente, par la marche simple de la maladie et l'état des parties affectées, pourrait servir de modèle pour la description de l'encéphalite, et que ces symptômes, cette marche, etc., sont précisément les mêmes que nous avons signalés comme pathognomoniques des ramollissemens simples du cerveau. En effet, la paralysie se développa d'une manière extrêmement lente et graduée, commença par le bras, et fut accompagnée de rigidité, de douleurs : ces phénomènes furent plus prononcés au membre supérieur qu'à l'inférieur ; en même temps toutes les fonctions intellectuelles diminuèrent exactement dans la même progression que la paralysie augmentait.

M. Ducrot parle d'altération dans le pouls, mais ce n'est qu'au quinzième jour ; et en même temps il décrit les symptômes d'une gastro-entérite, tels que sécheresse de la langue, soif, chaleur de la peau. Il est fâcheux qu'il n'ait pas tenu compte du traitement employé, et n'ait pas examiné tous les viscères. En-

fin, vous voyez que la respiration n'a commencé à s'embarrasser que la veille de la mort.

§. II. Une circonstance importante à noter, c'est que la maladie a commencé d'une manière peu énergique, et a suivi lentement son cours : aussi, l'altération était peu étendue, et le malade n'est mort que le vingtième jour.

M. Quesnay rapporte, dans les Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie (Remarques sur les plaies du cerveau, t. 2, in-8., Obs. 6) l'observation suivante de La Peyronie.

N° 16.

Chute sur le pariétal *gauche ;* vingt-huit jours après, mouvemens convulsifs et paralysie incomplète du côté *droit. — Abcès dans l'hémisphère* gauche *du cerveau.*

« Un enfant fit une chute sur le pariétal *gauche*, qui fut suivie d'accidens qui indiquèrent le trépan. Cette opération donna issue à un épanchement considérable, qui s'était fait sur la dure-mère; du reste, cette membrane se trouva en bon état, et les accidens disparurent jusqu'au vingt-huitième jour, *qu'il survint des mouvemens convulsifs, une paralysie incomplète du côté droit,* un assoupissement et une perte de connaissance presque continuelle. » M. de La Peyronie, ayant incisé la dure-mère, et ne trouvant rien sous cette membrane, proposa d'inciser le cerveau lui-même. « L'entreprise parut trop hardie ;

on s'y opposa, et l'enfant périt dans les convulsions. M. de La Peyronie lui ouvrit la tête, où il trouva en effet, vis-à-vis de l'ouverture du trépan, un abcès dans la substance du cerveau, qui n'était qu'à trois ou quatre lignes de profondeur. »

§. I. Dans cette observation, comme dans presque toutes celles de plaie de tête, ce qui est purement chirurgical est en première ligne; les symptômes et les altérations pathologiques sont plutôt indiqués que décrits; cependant vous voyez qu'après la disparition des accidens primitifs, il survint des *mouvemens convulsifs* et une *paralysie incomplète* du côté *droit*, etc.; et qu'on trouva un abcès dans l'hémisphère *gauche* du cerveau. Je dis dans l'hémisphère gauche, parce que cet abcès correspondait à l'ouverture du trépan : or, le trépan a dû être appliqué à l'endroit de la contusion ; et il est dit dans le commencement de l'observation, que l'enfant était tombé sur le pariétal gauche, donc l'abcès était dans l'hémisphère gauche.

Il n'est question ni de délire, ni d'agitation, ni de fièvre, et le cerveau seul était affecté.

§. II. Bonet rapporte (Lett. 4, sect. 3, Obs. 33) une observation analogue de Burcard. Le malade fut affecté d'hémiplégie deux jours avant la mort, et l'on trouva un abcès dans l'hémisphère du cerveau opposé à la paralysie. Je ne vous la rapporte pas parce qu'elle est trop incomplète.

N° 17.

33 ans, maladie vénérienne constitutionnelle, vomissemens, hoquets, mouvemens convulsifs de la face et du bras à droite; paralysie du côté *gauche*, etc.; abcès à la partie antérieure de l'hémisphère *droit*, carie correspondante de l'ethmoïde et du coronal, désorganisation de la dure-mère. (Obs. communiquée par M. le docteur Guérin, alors élève interne à l'hôpital des Vénériens.)

Le nommé Cheveau eut, à l'âge de 17 ans, des chancres vénériens, qu'on fit promptement disparaître par un traitement local, peu méthodique: 14 ans après, il lui survint au voile du palais des ulcérations qui, traitées par des gargarismes simples, guérirent au bout de trois mois. Quelques temps après, la cloison des fosses nasales se détruisit, ainsi que l'aile droite du nez et une grande partie de l'aile gauche; enfin l'ulcère gagna la joue et la lèvre supérieure. C'est dans cet état que le malade, alors âgé de 33 ans, entra à l'hôpital des Vénériens, le 29 mars 1816. Il fut mis aussitôt à l'usage du sublimé en liqueur; le 7 octobre, il en avait pris quatre-vingt-dix doses (quarante-cinq grains), et l'ulcère de la face était cicatrisé. Mais depuis quelques jours, le malade se plaignait de maux d'estomac, d'inappétence, de gêne dans la respiration, de fièvre, accompagnée de sueurs nocturnes, symptômes qui forcèrent de suspendre le traitement. Bientôt il devint d'une humeur sombre et

triste, éprouva des pesanteurs de tête, de l'assoupissement, des étourdissemens fréquens, surtout quand il était debout; il ne parlait plus et répondait avec peine, mais sans cependant déraisonner.

Le dix-huit octobre, avant d'avoir rien pris, il rendit beaucoup de matières verdâtres, les vomissemens se renouvelèrent dans la nuit; point de selles. Les deux jours suivans, hoquets, efforts infructueux de vomissement.

Le vingt-un, assoupissement profond, dont il est difficile de tirer le malade, hoquets violens, pendant lesquels se manifestent les symptômes suivans : perte complète de connaissance, mouvemens convulsifs dans le côté droit de la face et le bras droit, paralysie de tout le côté *gauche* du corps, immobilité des yeux, serrement des mâchoires, bouche écumeuse, face décolorée, respiration stertoreuse, pouls petit et concentré, mouvemens du cœur irréguliers, violens et rapides. (Applications froides sur la tête, émétique en lavage, lavement purgatif.) Le lendemain, même état. (Saignée du bras, vésicatoire, décoction de quinquina.)

Le vingt-trois, même état. (Sangsues, boissons émétisées.) Dans la journée, retour de la connaissance et de la sensibilité; après cette amélioration de courte durée, prostration générale, mort.

Autop. cadav. A la partie inférieure du lobe antérieur *droit* du cerveau, on trouva un abcès situé à un demi-pouce de la surface externe, étendu jus-

qu'à la surface inférieure, et paraissant communiquer avec la fosse nasale correspondante par deux ouvertures de la lame criblée de l'ethmoïde; le ventricule latéral correspondant était intact, le coronal carié du même côté, mais non perforé; la dure-mère était séparée de l'os, désorganisée et comme putréfiée.

§. I. Les symptômes gastriques observés dans les premiers temps de la maladie, avaient-ils été produits sympathiquement par l'affection cérébrale, comme cela arrive si souvent, ou bien par une irritation de l'estomac, survenue à la suite de l'usage long-temps prolongé du sublimé? Cette dernière opinion est la plus probable : il est fâcheux qu'on n'ait pas examiné les organes abdominaux.

La carie du crâne a été la cause première de l'inflammation de la dure-mère, qui s'est étendue ensuite à l'arachnoïde et au cerveau. C'est à cette affection chronique, qui marchait sourdement, qu'il faut attribuer le changement survenu dans le caractère du malade, les pesanteurs de tête, l'assoupissement, les étourdissemens, etc., qui ont précédé l'apparition des symptômes d'inflammation aiguë de l'arachnoïde et du cerveau. Quant à ces derniers, ils n'ont offert rien de particulier que nous n'ayons observé dans les cas analogues; la paralysie occupait la moitié du corps opposée à l'abcès du cerveau, et les convulsions correspondaient au côté du corps qui n'était pas paralysé.

Les boissons émétisées étaient-elles bien indiquées dans un cas où les vomissemens avaient persisté pendant trois jours d'une manière si violente et si opiniâtre?

Voici une observation dans laquelle la maladie a été complétement méconnue, parce qu'elle n'était pas due à une cause externe, et vous allez voir combien cette circonstance a influé sur le traitement.

N° 18.

Ivresse, céphalalgie sourde, délire, symptômes d'apoplexie, roideur des membres, surtout à *gauche*, traitement stimulant; sixième jour, amélioration; mort le septième. — *Petit abcès dans l'hémisphère* droit *du cerveau; épanchement de sang et de sérosité dans les ventricules.* (Journal univ. des Sciences médic., février 1821, page 229; Obs. du docteur Kerckoffs.)

Hafliger (Joseph), d'une constitution robuste, d'un tempérament bilioso-lymphatique, fit, le 4 septembre, un excès de boisson; le 5 au matin, il se plaignit d'une douleur de tête sourde, et eut bientôt un délire violent et continuel, avec un peu de fièvre. On ne découvrit à la tête aucune trace de plaie ni de contusion. Le 6, il entra à l'hôpital avec les symptômes suivans : prostration des forces, état de *stupeur* et d'*apoplexie*, *aphonie*, *roideur des extrémités*, le côté *gauche* paraît plus affecté que le droit. Physionomie égarée, yeux larmoyans, immobiles et insensibles à la lumière, pupille dilatée, abdomen fortement tendu, respiration gênée et

très difficile, peau tantôt sèche et tantôt couverte d'une sueur gluante et froide, pouls petit et irrégulier, langue légèrement chargée d'un enduit blanchâtre. (Lavemens émolliens, légère infusion de feuilles de séné, avec quelques gros de sulfate de magnésie.) Une selle *sèche* et *brûlante*, diminution de la tension du ventre, persistance des autres symptômes.

Le sept, *l'asthénie du système nerveux* augmentant, on fit prendre au malade une assez forte infusion d'arnica, avec l'éther sulfurique et le laudanum, et on lui appliqua des vésicatoires ambulans.

Le huit et le neuf, point de changement. (Forte infusion d'arnica, avec trois gros de carbonate, d'ammoniaque et un gros et demi de camphre; frictions sur la tête avec une teinture de cantharides unie à l'onguent mercuriel, et sur le corps avec un liniment volatil.)

Le dix, on vit avec surprise que le malade commençait à parler, et que les symptômes se calmaient un peu; mais le délire fut violent. Même prescription que la veille; on permet du bouillon avec un peu de vin.

Le onze, à quatre heures du matin, tous les symptômes reprirent avec la plus grande intensité, et le trismus ne permit plus au malade d'avaler la moindre chose. Entre onze heures et midi il mourut dans un état convulsif remarquable.

« A l'ouverture du cadavre, on trouva dans le lobe

droit du cerveau, un abcès de la grandeur d'un œuf de poulette, contenant une matière purulente, visqueuse et d'une odeur fétide; on trouva un épanchement considérable de sérosité dans le *sinus* gauche et un peu de sang coagulé dans le *sinus* droit; on trouva aussi le canal intestinal distendu par des gaz; le duodénum, la portion tranverse du colon et la face concave du foie, légèrement enflammés; la vésicule du fiel, gorgée d'une bile gluante et noirâtre. »

§. I. Cette observation est remarquable sous beaucoup de rapports. L'invasion de la maladie paraît avoir été déterminée par un excès de liqueurs alcoholiques, et vous avez vu que l'abus des boissons fermentées était une des causes les plus fréquentes des *ramollissemens* du cerveau.

Les premiers symptômes ont été une céphalalgie sourde, un délire violent et continuel, etc., et il existait dans les ventricules un épanchement considérable de sérosité et un peu de sang coagulé, indices non équivoques d'une inflammation de l'arachnoïde. Nous avons vu, en parlant des symptômes de ramollissement, que la céphalalgie diminuait à mesure que la paralysie, la stupeur, etc., faisaient des progrès, c'est-à-dire à mesure que le cerveau, plus affecté, cessait de percevoir les sensations ou de pouvoir en transmettre la perception par des signes extérieurs; nous avons fait la même remarque à l'occasion du délire, que nous avons regardé comme le résultat

d'une excitation ou d'une irritation du cerveau, compatible avec l'exercice de ses fonctions, et nous avons vu que, dans l'inflammation aiguë de sa substance, elles étaient anéanties; cependant, dans cette observation, le délire revint le dix avec violence; mais je vous ferai remarquer que le malade avait, en même temps, recouvré l'usage de la parole, et que les autres symptômes étaient diminués.

Je n'examinerai pas ici la cause de cette amélioration inespérée, il me suffit de vous faire remarquer que nous avons observé le même phénomène dans le plus grand nombre des cas où le pus était rassemblé en foyers plus ou moins distincts. Mais quelle qu'en soit la cause, toujours est-il fort remarquable que le retour du délire ait coïncidé avec le retour momentané des fonctions du cerveau, et que ce symptôme ait cessé de nouveau, quand les autres ont reparu. Cette circonstance, loin de détruire la vérité de nos assertions, la confirme donc au contraire de plus en plus.

§. II. Il n'est pas question dans tout le cours de cette observation de paralysie proprement dite dans le côté du corps opposé à l'abcès du cerveau; mais vous remarquerez que l'auteur parle de prostration des forces, d'un état d'*apoplexie*, accompagné de roideur, et il ajoute que le côté *gauche* paraissait plus affecté que le droit. Tout se borne, comme vous le voyez, à un défaut de précision dans l'exposition ou dans l'observation des symptômes.

Le malade a eu un peu de fièvre, la peau était tantôt sèche, tantôt couverte d'une sueur froide, l'abdomen fortement tendu, etc., et la membrane muqueuse gastro-intestinale était enflammée dans plusieurs points.

§. III. Le traitement suivi dans cette circonstance est bien propre à faire naître de sérieuses réflexions sur les dangers de l'empirisme en médecine, et la nécessité de remonter, dans l'analyse des symptômes, jusqu'à l'affection de l'organe qui les produit, de la même manière qu'on apprécie les formes et les dimensions d'un corps qu'on ne voit pas, par l'image que produit son ombre ; ici, comme dans tant d'autres circonstances, c'est l'ombre de la maladie qu'on a combattue. Si les mêmes symptômes s'étaient manifestés à la suite d'un coup, d'une chute, etc., nul doute qu'on eût saigné copieusement ; mais *on ne découvrit à la tête aucune trace de plaie, ni de contusion*, donc la maladie devait être essentielle ; *l'asthénie* du système nerveux faisait des progrès, donc il fallait employer les médicamens *sthéniques* les plus énergiques. C'est ainsi que les mots influent sur les choses, c'est ainsi que la vie d'un malade dépend d'un raisonnement vicieux ou d'un système erroné.

N° 19.

Douleur dans le côté *gauche* de la tête et du cou ; fièvre violente, difficulté dans les mouvemens, délire intermittent, aphonie, paralysie. — *Matière purulente à la base du crâne et dans les ventricules, communication du droit avec un foyer purulent existant dans le corps strié.* (Obs. de Valsalva. *Voyez* Morgagni, Epist. V, n° 2.)

Un homme âgé de 33 ans, d'un tempérament sanguin, grêle, affecté de hernie, passionnément adonné au vin et au tabac, éprouva d'abord une douleur dans le côté *gauche* de la tête, surtout vers l'occiput, suivie bientôt de douleur et de faiblesse dans le même côté du cou. La fièvre fut d'abord violente, ensuite elle parut se calmer. Cependant le pouls devint non seulement rare, mais encore faible et peu résistant; en même temps les forces diminuèrent au point que tous les mouvemens du corps étaient devenus difficiles; enfin, après un délire intermittent, le malade perdit l'usage de la voix et la faculté de se mouvoir jusqu'à la mort, qui survint après le quatorzième jour, d'une manière lente et progressive.

En séparant le cerveau de la cavité du crâne, on remarqua à sa base un peu de matière purulente, qui ayant été abstergée fut remplacée par d'autre, dès qu'on remua le cerveau. Elle venait certainement des ventricules par l'*infundibulum;* car le gauche et surtout le droit étaient remplis de matière semblable;

dans le corps strié de ce côté (droit), existait un trou avec lequel communiquait un *ulcère* sinueux, occupant le tiers de la substance qui formait la base de l'hémisphère droit; du côté gauche le cerveau n'était point altéré.

§. I. Morgagni rapporte cette observation parmi les apoplexies, et cependant il a soin de faire observer que, malgré la ressemblance apparente qu'on pourrait trouver entre cette altération du cerveau et les *cavernes* des apoplexies sanguines, ouvertes dans les ventricules, le sang, ne pouvant se transformer en pus, il faut admettre qu'un abcès s'est formé peu à peu dans le cerveau, et qu'ensuite le pus s'est frayé une voie à travers le corps strié, jusque dans le ventricule latéral, etc. Pourquoi donc Morgagni rapproche-t-il cette observation des apoplexies sanguines? c'est que la maladie n'a pas été produite par cause externe, et qu'il ne traite des inflammations du cerveau qu'à l'occasion des plaies de tête. Cette manière d'envisager deux maladies identiques est encore un des résultats de la séparation établie entre la chirurgie et la médecine. Du reste, les symptômes rapportés par Morgagni sont ceux qu'on observe dans les cas analogues produits par cause externe, et il n'est pas possible de les confondre avec ceux d'une apoplexie sanguine.

La paralysie a été précédée de céphalalgie (ce qui est assez remarquable, le malade rapportait la douleur au côté gauche de la tête, et l'abcès s'est formé

dans l'hémisphère droit). Elle a commencé par une faiblesse du côté du cou, opposé à la maladie; elle a été accompagnée de douleur, les mouvemens sont devenus difficiles; après un délire intermittent, le malade perdit la parole et ensuite toute espèce de mouvement. Certes, la paralysie, produite par hémorrhagie cérébrale, est loin de présenter ces phénomènes et de marcher avec cette lenteur.

§. II. Ici le délire ne s'est manifesté que vers la fin de la maladie; mais remarquez que l'inflammation a commencé par le cerveau. L'abcès, qui en est résulté, s'est ensuite épanché dans les ventricules et à la base du crâne : il est évident que cet épanchement a déterminé l'inflammation de l'arachnoïde, en contact avec le pus, et qu'en même temps et par l'effet de cette même rupture, le cerveau soulagé a repris momentanément l'exercice de ses fonctions; voilà pourquoi le délire ne s'est manifesté qu'à cette époque. Ensuite la suppuration fournie par l'arachnoïde, se joignant à celle qui était sortie du cerveau, le délire a cessé, la paralysie a fait des progrès et s'est étendue aux deux côtés du corps.

§. III. J. Scultet (Armam. chirurg. Obs. 15) rapporte aussi une observation d'abcès du cerveau, produit par cause externe, et ouvert dans le ventricule droit qu'il avait rempli de pus. Les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux qui ont été observés par Morgagni; mais ils manquaient de détails, et Scultet n'ayant pas vu la malade, ne parle que d'après

le récit des assistans ; voilà pourquoi je ne fais que vous l'indiquer.

Il n'en est pas de même de l'observation suivante de M. Chizeau de Nantes (Journal de Sédillot, t. 6, p. 285). Je vous la rapporterai dans tous ses détails, parce que, malgré les nombreuses complications qu'elle présente, comme elle a été recueillie avec soin, nous pourrons en analyser toutes les circonstances.

N° 20.

A quatre mois et demi, rhume, malaise, vomissemens, ensuite altération de la vision, dilatation, immobilité de la pupille, fréquens accès de convulsions de tous les muscles ; quinze jours après, paralysie du bras et de la paupière *gauche*, hoquet. — *Inflammation des membranes du cerveau, suppuration de l'hémisphère* droit ; *affection de l'estomac, des intestins grêles et de la vessie.*

Un enfant très sain en apparence et né d'une mère très sensible, tant au physique qu'au moral, n'avait ressenti jusqu'au quatrième mois que de légères indispositions attribuées au manque de lait de la mère.

Sevré à cette époque, et nourri de lait coupé avec de la décoction d'orge mondé et de riz, il eut, 15 jours après, un rhume, du malaise, des vomissemens de bouillie mêlée de glaire et de matière écumeuse, un sommeil interrompu (changement de nourriture, sirop d'ipécacuanha) ; point d'amélioration ; bientôt l'enfant perdit sa gaîté naturelle et l'œil son éclat ordinaire ; ses paupières se fermaient de temps en temps, il semblait ne plus fixer comme à l'ordinaire

les objets qui l'environnaient, la pupille était dilatée et immobile. Tout son être était devenu moins sensible ; les convulsions des yeux, de la face et des membres se répétaient souvent. (Boissons antispasmodiques, vin coupé). Quinze jours après, légère enflure au bras et à la main *gauche, qui gênait singulièrement le mouvement de ces parties.* L'œil du même côté était moins ouvert, la vue paraissait confuse; l'enfant ne pouvait plus téter; hoquet très fatigant, pour lequel on applique sur la région de l'estomac un petit vésicatoire qui produit une exaspération momentanée. (Sirop béchique, lav. émolliens.) Après six semaines de langueur, mort à l'âge de neuf mois et demi.

Quand on sépara le crâne, il s'écoula un verre d'eau limpide; hémisphère gauche et ventricule de ce côté sains, du côté droit les meninges étaient épaissies et phlogosées; la substance corticale était plus ferme et marquée çà et là de points, comme il arrive aux parties affectées d'inflammation. Mais plus profondément, tout cet hémisphère n'était qu'un foyer purulent, sans odeur, et ne conservait plus aucune trace de son organisation; la tente du cervelet paraissait aussi phlogosée. Le bas-ventre présentait aussi quelques altérations, l'estomac et les intestins grêles étaient rétrécis; les gros intestins, au contraire, étaient distendus, ainsi que la vessie, qui contenait beaucoup d'urine; il n'y avait pas de traces de contusion aux parois du crâne.

§. I. Cette observation n'est pas moins remarquable comme exemple rare d'inflammation *spontanée* du cerveau, à une époque aussi voisine de la naissance, qu'intéressante dans ses détails.

Les premiers symptômes qui se manifestent sont ceux d'une affection de la membrane muqueuse du poumon et des voies digestives. « L'estomac et les intestins grêles étaient rétrécis. » Il est fâcheux qu'on ne les ait pas ouverts, car cet état de constriction est ordinairement la suite d'une irritation chronique; le sommeil devient interrompu; perte de la gaîté, trouble dans la vision, etc....; *mouvemens convulsifs des yeux, de la face et des membres, revenant par accès.* Ainsi ces convulsions, comme celles que nous avons vues jusqu'à présent produites par l'inflammation de l'arachnoïde, affectaient les deux moitiés du corps, et n'étaient point accompagnées de paralysie. « Les méninges du côté droit étaient *épaissies* et phlogosées. » Cet épaississement annonce assez l'ancienneté de l'inflammation, et les détails de l'autopsie prouvent qu'elle n'était pas bornée au côté droit, puisqu'il s'écoula un verre de sérosité quand on sépara le crâne, et que « la tente du cervelet paraissait aussi phlogosée. » Quinze jours après l'apparition de ces mouvemens convulsifs, « légère enflure au bras et à la main *gauche*, qui gênait singulièrement le mouvement de ces parties. » Ici il est évident que l'auteur se trompe sur la cause de cette perte du mouvement; ce qui prouve que c'était une

véritable paralysie produite par l'inflammation du cerveau, c'est que « l'œil du même côté était aussi moins ouvert, » c'est qu'enfin l'abcès occupait l'hémisphère droit du cerveau, et que ces symptômes existaient à gauche.

§. II. Vous avez peut-être remarqué que la substance corticale qui recouvrait l'abcès était plus ferme qu'à l'ordinaire, tandis que nous avons vu dans d'autres cas, la substance cérébrale environnante, ramollie et comme diffluente; mais rappelez-vous qu'alors la mort a été très prompte, tandis qu'ici elle est survenue six semaines ou deux mois seulement après l'apparition de la paralysie. Cette augmentation de densité est donc une suite nécessaire des changemens qui s'opèrent avec le temps dans les portions de cerveau qui environnent le pus.

§. III. Enfin vous avez remarqué que la vessie contenait beaucoup d'urine; cette circonstance doit vous rappeler les explications dans lesquelles nous sommes entrés au sujet des rétentions d'urine qui surviennent dans les d'affections cérébrales.

Ainsi, malgré les difficultés que présente toujours, dans un âge aussi tendre, l'étude des symptômes; malgré la manière dont quelques uns ont été envisagés par l'auteur, vous voyez combien ils sont en harmonie avec les altérations pathologiques; combien toutes les parties de cette observation s'accordent avec ce que nous avons observé chez les adultes.

Certes il est satisfaisant de voir que, malgré la

différence des âges, malgré les opinions particulières de chaque observateur, tous les faits se ressemblent quand ils sont recueillis avec soin et rendus avec les détails convenables.

N° 21.

66 ans, paralysie du mouvement du côté *droit*, conservation de la sensibilité ; boissons émétisées, dévoiement, fièvre ; dix-septième jour, noix vomique, roideur passagère des membres paralysés ; rechute, symptômes adynamiques ; mort le cinquante-troisième jour. — *Vaste abcès dans l'hémisphère gauche*, *commencement de kyste*, *inflammation de l'estomac et des intestins grêles.* (Observ. communiquées par M. le docteur Thibert.)

Souchet, voiturier, âgé de 66 ans, d'un tempérament mixte, d'une constitution peu robuste, fort adonné aux boissons spiritueuses, en prend jusqu'à l'ivresse le 12 avril 1817, et se couche. Au milieu de la nuit, il se réveille, pousse un cri et tombe dans la ruelle; il presente les symptômes suivans : Paralysie complète du mouvement dans tout le côté *droit* du corps, diminution considérable des fonctions intellectuelles, parole inintelligible, quoique la langue puisse exécuter quelques mouvemens et sortir de la bouche; expulsion involontaire de l'urine et des matières fécales. Pendant trois jours, traitement insignifiant. Entré le 15 à l'hôpital Saint-Louis, il était dans l'état suivant : Face animée, yeux ternes et chassieux, pupille droite dilatée et im-

mobile à l'impression d'une vive lumière, commissure tirée à *gauche*, langue déviée à droite en sortant de la bouche, et recouverte d'une croûte sèche, jaune et brunâtre ; ventre souple, indolent sous la pression; haleine un peu fétide, respiration facile, pouls lent et assez plein, état soporeux habituel, fonctions intellectuelles comme engourdies : seulement la peau avait conservé toute la sensibilité, même du côté paralysé. (Eau de veau émétisée, deux lavemens purgatifs, pédiluves sinapisés, et sinapismes aux pieds.) Le soir, face plus animée, pouls plus fort (douze sangsues à l'anus, éméto-cathartique); selles copieuses, pas de vomissemens.

Cinquième jour, état moins soporeux, mais efforts inutiles pour parler. (Même prescription.)

Sixième jour, langue plus brune, cessation des selles (3 grains d'émétique), plusieurs selles liquides dans la matinée, *fièvre très forte le soir.*

Septième jour, faiblesse des mouvemens, *odeur de souris.* (Infusion de tilleul, potion tonique.)

Huitième jour et suivans, on permet du vin et du bouillon; les mêmes symptômes continuent à peu près au même degré. Cependant les selles deviennent moins fréquentes et moins fluides; la langue s'humecte. Persistance d'un mouvement fébrile, marqué tous les soirs par une moiteur générale, l'injection de la face, et un état soporeux plus prononcé.

Au dix-septième jour, on crut n'avoir plus à combattre que la paralysie, et l'on commença l'admini-

stration de la noix vomique, dont on porta successivement la dose jusqu'à six grains par jour; ils ne produisirent d'autres mouvemens spasmodiques que des roideurs passagères dans les muscles fléchisseurs des membres paralysés. Le malade, qui, jusqu'alors, avait paru éprouver quelque amélioration dans son état, retomba peu à peu dans un coma dont on ne le tirait que difficilement. Les facultés intellectuelles s'anéantirent; la parole, qui était un peu revenue, devint plus embarrassée, plus inintelligible; le côté gauche du corps perdit presque entièrement l'usage du mouvement. Langue fuligineuse, évacuations alvines très fétides, sueurs irrégulières, peau terreuse, excoriation de la peau qui recouvre le sacrum, prostration, marasme; mort le 8 juin, cinquante-trois jours après l'invasion de la maladie.

Autop. cadav.... Tête. Tissu de la pie-mère infiltré de sérosité à la partie supérieure des hémisphères; le gauche affaissé sur lui-même, et incisé dans le sens de son diamètre antéro-postérieur, présente un vaste foyer, contenant une matière séro-purulente très fluide dans laquelle on ne trouve aucune trace de sang. Les parois du foyer comme filandreuses, paraissent formées par le tissu cellulaire du cerveau, qui a résisté à la destruction. L'abcès, occupant toutes les circonvolutions supérieures et latérales de l'hémisphère, s'étend jusqu'au corps strié, mais sans pénétrer jusqu'au ventricule.

Abdomen. Plaques rouges peu nombreuses sur la

membrane muqueuse de l'estomac, plus abondantes sur celle des intestins grêles, surtout vers la fin, où l'on remarque de plus des ulcérations grisâtres ou brunâtres.

§. I. Jusqu'au moment de l'ouverture du cadavre, on a cru et on a dû croire à l'existence d'une hémorrhagie cérébrale. Mais vous remarquerez que le malade n'a été apporté à l'hôpital que le troisième jour, et n'a été observé chez lui par aucun homme de l'art. Faut-il penser, d'après le témoignage des parens, que l'attaque de paralysie ait été aussi brusque et aussi violente que dans l'apoplexie sanguine? On peut au moins en douter, quand on voit que le troisième jour, les membres privés de mouvement avaient encore conservé toute leur sensibilité. Est-il probable que la paralysie n'ait été précédée ou accompagnée d'aucun phénomène spasmodique, puisque le malade, après avoir poussé un cri, tomba dans la ruelle de son lit? Il est si facile de ne pas remarquer une légère roideur permanente des membres paralysés ou des mouvemens convulsifs intermittens. Il est donc infiniment probable que les symptômes obervés attentivement dès le début, eussent présenté quelques uns des caractères propres aux inflammations du cerveau.

§. II. Vous remarquerez que le malade n'a éprouvé ni délire, ni agitation, ni mouvemens spasmodiques, du côté du corps non paralysé : aussi l'inflammation était-elle bornée au cerveau.

§. III. Les parois du foyer, *comme filandreuses, paraissaient formées par le tissu cellulaire des portions du cerveau détruites par la suppuration.* C'est en effet de cette manière que commencent les membranes qui s'organisent ensuite autour du pus pour former des kystes; et vous remarquerez que le malade n'est mort que le cinquante-troisième jour de la maladie. La suppuration était séro-purulente et très fluide, mais le malade avait 66 ans; il était peu robuste; les seuls phénomènes spasmodiques, observés après l'emploi de la noix vomique, se sont bornés à quelques roideurs passagères des membres paralysés. Le peu d'acuité des symptômes inflammatoires s'explique donc par l'état du malade, et s'accorde avec la nature de la suppuration. (*Voyez* l'Observation n° 12.)

§. IV. L'influence du traitement a été très remarquable. Le jour de l'entrée du malade on donne l'eau de veau émétisée, des lavemens purgatifs, des pédiluves, et des cataplasmes de moutarde. *Le soir, la face est plus animée, le pouls plus fort.* L'excitation fait appliquer douze sangsues à l'anus; on donne un éméto-cathartique qui produit plusieurs selles et point de vomissemens. Le lendemain, cinquième jour, les symptômes cérébraux sont améliorés; on continue l'éméto-cathartique, qui ne produit plus ni selles, ni vomissemens; alors on donne trois grains d'émétique qui ne font pas vomir, mais la langue devient plus brune. Le soir, pour la pre-

mière fois, *fièvre très forte.* Depuis ce moment jusqu'au dix-septième jour, infusion de tilleul, potion tonique; le dévoiement continue, *la fièvre* revient tous les soirs. Cependant la langue commence à s'humecter, les selles sont devenues moins fréquentes et moins fluides, lorsque le dix-septième jour et les suivans, on donne la noix vomique. Depuis ce moment, non seulement les symptômes cérébraux s'aggravent d'une manière remarquable, mais encore la langue devient fuligineuse, la peau terreuse, les selles prennent une odeur fétide, etc. Après la mort, on trouve des traces d'inflammation dans l'estomac, et surtout dans les intestins grêles, et vers la fin de ces derniers, des ulcérations. Les conséquences à déduire du simple rapprochement de ces faits sont si claires, que je n'ai pas même besoin de vous les indiquer.

N° 22.

26 ans, fourmillemens dans la main *gauche*, perte du mouvement, céphalalgie; convulsions, hémiplégie à *gauche;* disparition des symptômes, rechute; mort le cinquantième jour. — *Abcès au milieu de l'hémisphère* droit. (*Biblioth. médic.*, 131, page 97, Obs. de M. Vaidy.)

Un soldat âgé de 26 ans est pris tout à coup, et sans cause connue, de fourmillemens dans les doigts de la main *gauche;* au bout de vingt-quatre heures, il a complétement perdu le mouvement de cette main. Le quatrième jour, douleurs de tête, mouvemens convulsifs, sentiment de picotement et de for-

mication dans le côté *gauche* du corps, suivi d'*hémiplégie* de ce même côté. Le treizième jour, la main recouvre le mouvement. Le lendemain, l'avant-bras, le bras et l'épaule le recouvrent aussi; le mal de tête diminue. Le vingtième jour, les mouvemens sont bien libres, le malade peut marcher. Le trente-deuxième et trente-troisième, convulsions violentes, retour des douleurs de tête et de l'hémiplégie. Les jours suivans, assoupissement par intervalles; nuits assez tranquilles. Le cinquantième jour, le malade meurt sans agitation. (Durant tout le cours de la maladie, nulle altération dans les facultés intellectuelles.)

A l'ouverture du cadavre, on trouve dans la partie moyenne du *lobe droit* du cerveau, une collection d'environ trois onces de pus homogène, sans odeur, et d'un blanc jaunâtre. Les parois de l'abcès sont d'un fond jaune, parsemé de granulations purpurines très abondantes.

§. I. Vous retrouvez dans cette observation remarquable par l'exactitude de ses détails, la marche lente et successive de la paralysie : la céphalalgie, les mouvements convulsifs, le sentiment de picotement et de formication des membres paralysés que nous avons observés dans les cas de ramollissement. De plus vous voyez, comme dans la plupart des observations où le pus était réuni en foyer, une rémission sensible de tous les symptômes, je dirai même une guérison apparente, suivie du retour des premiers accidens. D'un autre côté, les parois

le l'abcès étaient d'un fond jaune, parsemé de granulations purpurines abondantes. Ces granulaions purpurines n'étaient-elles pas le résultat d'un léveloppement vasculaire, destiné à l'organisation l'une membrane autour du pus, les premiers ruimens enfin d'un kyste? Cela est d'autant plus probable, que la maladie a duré cinquante jours. La couleur jaune dont parle l'auteur n'était-elle qu'un ramollissement de la substance cérébrale environnante, produite par une nouvelle inflammation? Cette supposition expliquerait le retour des accidens e trente-deuxième jour de la maladie. C'est, au reste, ce que paraît démontrer l'observation suivante, ou les choses seront mises hors de doute.

§. II. Vous remarquerez que l'inflammation du cerveau était tout-à-fait exempte de complications, et que le malade n'a éprouvé ni fièvre, ni délire, ni gitation, en un mot, nous ne voyons ici que les ymptômes de *ramollissement* simple.

Un phénomène fort remarquable et fort rare, c'est l'intégrité des fonctions intellectuelles pendant out le cours de la maladie : on ne peut l'expliquer que par la lenteur de sa marche et le peu d'intensité de l'inflammation, circonstances démontrées par les symptômes. Alors on conçoit que l'hémisphère sain ait pu jouir avec assez d'intégrité de l'exercice de ses fonctions, pour pouvoir suppléer, quant à l'intelligence, à celles de l'hémisphère malade. Mais c'est une circonstance sur laquelle nous reviendrons plus tard.

N° 23.

68 ans, chute sur la tête, perte de connaissance, assoupissement, convulsions du bras *gauche*, mouvemens volontaires, irréguliers, difficiles, puis impossibles; perte de la sensibilité; état comateux; amélioration pendant quelques jours; retour des accidens; mort le cinquante-cinquième jour. *Abcès dans le lobe moyen de l'hémisphère* droit *du cerveau, commencement de membrane en forme de kyste à la surface du foyer, ramollissement de la substance cérébrale environnante.*

Renvoise (Madeleine), âgée de 68 ans, fort maigre, fit une chute sur la tête le 1er janvier, perdit connaissance au moment de l'accident, et fut apportée le lendemain à l'Hôtel-Dieu (on ne put obtenir d'autres renseignemens de ceux qui l'accompagnaient). Face pâle, perte de connaissance, cóma profond, point de réponse à aucune question; le bras *gauche* est agité de *mouvemens convulsifs*, la pupille de ce côté dilatée et peu sensible à la lumière, le pouls petit et fréquent. L'âge et l'état de faiblesse de la malade semblent contre-indiquer la saignée générale; on applique seulement quatre sangsues à chaque tempe. Vésicatoire à la nuque, eau de veau avec addition de tamarin.

Deuxième jour. Même état, les mouvemens volontaires du bras *gauche* sont irréguliers.

Troisième jour. Ces mêmes mouvemens sont plus difficiles, la sensibilité est diminuée (deux vésicatoires aux jambes, infusion de mélisse avec addition d'acétate d'ammoniaque). Les jours suivans, la para-

lysie du bras *gauche* augmente de plus en plus, ainsi que l'état comateux. Pendant dix jours, on croit à chaque instant que la malade va mourir. On fait cependant suppurer les vésicatoires, on donne des toniques à l'intérieur. Contre l'attente de tout le monde, après être restée si long-temps dans cet état désespéré, la malade sortit peu à peu de son assoupissement, reprit connaissance, et fit entendre quelques sons inarticulés; mais la paralysie du bras *gauche* persista; la peau était sèche, le pouls petit et fréquent.

Après huit jours d'amélioration, elle tomba de nouveau, le 18 février, dans un état comateux, qui semblait à chaque instant devoir se terminer par la mort. (Continuation des toniques.) Cependant cet état d'agonie dura pendant sept jours, la mort n'arriva que le 25 février, cinquante-cinquième jour de la maladie.

Autop. cadav. Les vaisseaux du cerveau et de ses membranes étaient injectés de sang: l'hémisphère gauche n'offrit rien de remarquable. Sur les parties latérales et moyennes du *droit*, existait une tumeur peu saillante, blanchâtre, soulevant la pie-mère et l'arachnoïde, formée par la substance cérébrale, ramollie et comme réduite en bouillie. Au dessous, on trouva un foyer purulent, bien circonscrit, d'environ trois pouces de diamètre dans tous les sens, occupant le milieu du lobe moyen, sans communication avec la surface du cerveau ni avec le ventricule laté-

ral. Le pus qui y était contenu était d'un gris blanchâtre, sans odeur remarquable : lorsqu'il fut évacué, l'on vit la cavité du foyer tapissée par une espèce de membrane molle, floconneuse, assez épaisse et assez dense pour pouvoir être facilement distinguée, mais pas assez résistante pour qu'on puisse la séparer de la substance cérébrale avec laquelle elle était en contact. Celle-ci était tout autour, et à une assez grande distance, réduite en bouillie, semblable à celle des circonvolutions qui recouvraient le foyer. Rien de remarquable dans les autres cavités.

§. I. Cette observation n'est pas moins curieuse par la marche et la succession des symptômes, par leur identité avec ceux de ramollissement du cerveau, que par leurs rapports avec les altérations pathologiques. Les premiers symptômes qui suivent immédiatement l'accident, sont ceux d'une commotion bien caractérisée : ils persistent le lendemain, mais il s'y joint des mouvemens convulsifs du bras *gauche*, qui annoncent un commencement d'inflammation dans le côté droit du cerveau. Bientôt les mouvemens de ce même bras *gauche* deviennent irréguliers, puis difficiles; la sensibilité diminue, puis cesse entièrement. Ainsi la paralysie succède aux convulsions, et se développe d'une manière lente et progressive, en commençant par le bras; en même temps les fonctions intellectuelles sont anéanties. Au bout de dix jours d'un état continuel d'agonie, survient une amélioration inespérée, pendant laquelle cepen-

dant le *bras* reste paralysé ; enfin la malade retombe tout à coup dans le même état, et succombe le cinquante-cinquième jour de la maladie. D'un autre côté, nous trouvons, au milieu de l'hémisphère *droit*, un abcès dont les parois sont bien circonscrites, dont la cavité est tapissée par une membrane molle, floconneuse, etc. ; premier rudiment du kyste qui commençait à s'organiser autour du pus. N'est-il pas très probable, pour ne pas dire certain, que la suppuration s'est formée pendant les dix jours que la malade a passés dans un état d'agonie ; que l'amélioration est arrivée au moment où le pus a été réuni en abcès, comme cela arrive dans les cas analogues ; et qu'enfin la membrane qui commençait à tapisser sa surface, s'est développée dans les quinze jours qui se sont écoulés depuis cette époque jusqu'au moment de la mort ?

§. II. Il est évident aussi que la rechute a été produite par une nouvelle inflammation, survenue dans la substance cérébrale qui environnait l'abcès, comme le prouve le degré et l'étendue de la désorganisation de cette portion de l'hémisphère. Vous ne confondrez pas, sans doute, cette altération avec les ramollissemens au milieu desquels nous avons trouvé du pus rassemblé en plus ou moins grande quantité. Dans ces altérations produites par une seule inflammation, la cavité des abcès n'était pas régulière ; il n'existait pas de démarcation entre le pus et la substance cérébrale ramollie. Ici, au contraire, les limites de l'abcès étaient non seulement bien tranchées, mais en-

core sa cavité était tapissée par une membrane. Il y a donc eu deux inflammations, comme dans les observations de la Lettre précédente, nº 1, §. IV, §. VI, et nº 31, que je vous engage à comparer avec celle-ci.

§. III. Vous remarquerez que, pendant la longue durée de cette maladie, on n'a observé ni délire, ni fièvre, ni agitation; que le côté du corps non paralysé n'a pas été agité de mouvemens convulsifs; aussi l'inflammation du cerveau était-elle tout-à-fait exempte de complications.

§. IV. Je dois enfin vous faire observer que l'âge et l'état de faiblesse de la malade empêchant de pratiquer une saignée qu'on croyait indiquée, on se contenta de faire appliquer quatre sangsues à chaque tempe, et qu'ensuite on prescrivit à l'extérieur les dérivatifs, et à l'intérieur un traitement tonique très énergique. Or, il est évident que cet état de faiblesse n'était qu'apparent, puisque la malade a lutté contre la mort pendant plus de quarante jours, d'une manière vraiment extraordinaire; et vous avez vu dans la Lettre précédente, nº 28, un malade dans un état bien plus désespéré, ressusciter, pour ainsi dire, par l'emploi de puissans dérivatifs, de la glace et des antiphlogistiques.

D'un autre côté, huit sangsues appliquées aux tempes me semblent plus propres à augmenter la congestion cérébrale qu'à la faire cesser; leurs piqûres produisent plus d'irritation que l'écoulement

d'une si petite quantité de sang ne peut produire de dégorgement dans les vaisseaux du cerveau.

§. V. Horstius rapporte un fait semblable à celui-ci dans son Observation anatomique 1re. Le malade, à la suite d'une plaie de tête, avait éprouvé des vertiges, *une paralysie du côté gauche, de la stupeur, du strabisme et des convulsions dans les yeux.* Il mourut après deux améliorations marquées, dans le cours de la maladie.

Sectione post mortem instituta, sanies inventa est purulenta in ipsa cerebri substantia, in dextra *capitis parte,* pellicula *instar abcessus contenta unciarum quatuor.*

Vous reconnaîtrez dans cette description un commencement de kyste développé autour du pus. Les symptômes sont bien ceux d'inflammation simple du cerveau. Il est probable qu'avec un peu plus d'attention on aurait trouvé, à l'ouverture du corps, la cause des deux rechutes éprouvées par le malade. Il est possible même qu'on ait remarqué quelque ramollissement de la substance cérébrale, et qu'on n'en ait pas tenu compte, parce qu'on ne savait pas ce que c'était, et parce que l'abcès suffisait pour expliquer la paralysie et la mort.

N° 24.

12 ans, céphalalgie, convulsions, paralysie du bras *droit;* retour des convulsions, hémiplégie complète, retour de la sensibilité; deuxième rechute le vingt-huitième jour; mort le trente-deuxième. — *Trois abcès dans l'hémisphère gauche du cerveau, dont deux enkystés.* (Abercrombie, the Edinburgh med., etc., july, 1818, Obs. 7.)

Une jeune fille de douze ans, après avoir souffert pendant quelques jours de la tête, éprouva le 11 janvier 1817 des *convulsions,* qui furent suivies de la *paralysie* du bras *droit;* les saignées, les purgatifs et les applications froides ramenèrent deux fois les mouvemens du bras; mais la troisième fois (18 janvier) la saignée ne fit cesser que les convulsions, le bras resta complétement paralysé. Les jours suivans, les convulsions revinrent au bras *droit.* Le 24, elles s'étendirent à la cuisse et à la jambe du même côté. Le 4 février, les convulsions cessèrent, mais tout le côté *droit* du corps resta paralysé. Les jours suivans, pouls de cinquante à soixante pulsations par minute, sensibilité conservée partout; pendant plusieurs jours point de changement, toutes les fonctions s'exécutent bien; le 11, état comateux, mort le 14 (trente-troisième jour de la maladie).

Dans la partie supérieure de l'hémisphère *gauche* du cerveau on trouva deux abcès contenant ensemble de six à huit onces d'un pus fétide, et séparés l'un de l'autre par une cloison mince de matière blanche et

ferme qui les tapissait de toute part. Un autre abcès renfermant près d'une demi-once de pus, existait dans la partie postérieure de l'hémisphère droit.

§. I. La paralysie a été précédée de convulsions; elle a été long-temps bornée au bras *droit;* elle a cessé deux fois sous l'influence des saignées, des purgatifs et des applications froides; la troisième saignée ne fit disparaître que les convulsions, et, à dater du septième jour, le bras resta paralysé. Voilà bien les symptômes d'inflammation du cerveau, et l'ordre dans lequel ils se succèdent; mais, jusqu'à présent, nous avons vu que les convulsions ne reparaissaient plus lorsqu'elles avaient cessé, à moins qu'une nouvelle inflammation ne survînt. (*Voyez* n°s 12 et 22.) Ici nous les voyons revenir quelque temps après dans le même bras, puis dans la cuisse et dans la jambe du même côté : à quoi peut tenir ce retour des symptômes spasmodiques, si ce n'est à une nouvelle inflammation développée dans le même hémisphère du cerveau, après que la période d'irritation de la première est déjà passée. Au bout de dix jours les mêmes membres affectés de convulsions restent paralysés; voilà donc une seconde série de symptômes semblable à la première. Pendant sept jours la maladie reste stationnaire, *la sensibilité est conservée, toutes les fonctions s'exécutent bien;* mais le trentième jour le malade tombe dans un état comateux, et meurt trois jours après cette seconde rechute. La maladie a donc présenté dans son cours trois époques

distinctes, dont les deux premières se sont succédées à peu d'intervalle, et la dernière n'est survenue que trois jours avant la mort. Or, il existait dans l'hémisphère gauche du cerveau trois abcès; deux d'entre eux étaient séparés par une cloison de matière blanche et ferme, qui les tapissait de toute part. Il est évident que cette espèce de membrane n'était autre chose qu'un rudiment de kyste, qui, comme dans l'observation précédente, commençait à s'organiser autour du pus. Ces deux abcès étaient donc anciens; ils correspondent aux deux premières séries de symptômes, dont nous avons parlé. Le troisième, peu considérable et non enkysté, et par conséquent plus récent, explique très bien la dernière rechute. Dans l'observation précédente, la seconde inflammation s'était développée autour de l'abcès produit par la première, ici elle s'est établie à côté, et une troisième l'a suivie un peu plus loin.

§. II. Peut-être m'objecterez-vous que, dans l'observation n° 10, il existait deux abcès, quoique la maladie n'ait présenté ni rémission ni rechute; mais remarquez bien que ces deux abcès présentaient exactement le même degré d'altération, et, par conséquent, dataient de la même époque. Ils étaient mal circonscrits, environnés de substance cérébrale désorganisée, et la malade est morte le cinquième jour. Dans l'observation du docteur Abercrombie deux des abcès étaient environnés d'un rudiment de kyste, et la malade n'est morte que le trente-troisième jour.

§. III. Vous avez dû être frappé de l'absence du délire, de la fièvre, etc., chez un individu affecté successivement de trois inflammations du cerveau; mais cet organe seul était malade, et nous ne retrouvons ici que les symptômes de *ramollissement* exempt de toute complication; ils se sont succédés dans le même ordre, ont suivi la même marche, commençant par les membres supérieurs, etc. Le traitement a été le même que celui qui a été employé dans les cas de guérison que nous avons rapportés, et ses effets ont été analogues puisque la saignée, les purgatifs et les applications froides ramenèrent deux fois les mouvemens du bras, et la troisième fois firent cesser sinon la paralysie, au moins les convulsions. Je le demande, est-il rien de plus satisfaisant que ces rapprochemens; est-il rien de plus clair, de plus positif en médecine?

§. IV. Mais je m'aperçois que nous ne sommes déjà plus dans les limites de ce qu'on peut appeler *abcès récens* : des rudimens de membranes commençant à s'organiser à la surface de la substance cérébrale en contact avec le pus, nous entrons dans la série des abcès enkystés, et par conséquent anciens : c'est ici que nous devons nous arrêter.

§. V. Avant de passer à l'examen des observations que vous venez de lire, permettez-moi de vous entretenir un instant de la gangrène du cerveau, dont nous n'aurons pas occasion de nous occuper par la suite.

A l'exception des cas chirurgicaux, dans lesquels la substance cérébrale, sortie du crâne sous forme de fongus, se sépare du reste, les observations de gangrène du cerveau sont très rares et fort peu concluantes.

N° 25.

Plaie contuse à *gauche*, paralysie du côté *droit*, etc. *Sphacèle du cerveau à* gauche. (Ramberti Dodonæi medic., Obs. cap. 2, p. 4.)

Un homme reçut à la partie supérieure gauche de la tête un coup d'instrument contondant un peu lourd, sans lésion du crâne. On jugea la maladie peu grave, on la traita légèrement; mais le malade tomba ensuite dans un état soporeux, avec décubitus en suppuration; pouls petit et peu fréquent, altération des fonctions intellectuelles, réponses vagues, etc. Les symptômes augmentèrent; il survint une *paralysie* du côté *droit*, et un assoupissement profond dont rien ne pouvait tirer le malade; il mourut peu de temps après.

La dure-mère du côté *gauche* était *noirâtre*. Sous cette membrane, le cerveau était dans le même état, et paraissait sphacélé. Rien de remarquable à droite.

§. I. Quoique la description des symptômes et des altérations pathologiques manque de détails importans, vous y reconnaîtrez facilement une inflammation simultanée du cerveau et de ses membranes. Mais existait-il véritablement gangrène de la substance

cérébrale ? c'est ce qu'il n'est guère possible d'affirmer ; car vous avez vu que la substance grise est susceptible de prendre, par l'injection sanguine, une couleur très foncée, qu'il est facile de confondre avec un état gangréneux ; et dans les cas rapportés par Dodoëns, c'était la portion du cerveau sous-jacente à la dure-mère, par conséquent la substance grise qui était affectée.

§. II. Le même auteur rapporte, au chap. 3, une autre observation analogue, tant pour les symptômes que pour les altérations ; seulement la lésion de la dure-mère et du cerveau avait été produite par la dent d'une fourche qui avait traversé la voûte orbitraire.

§. III. Tulpius (*Lib.* 1[er], *Obs.* 2) dit aussi avoir observé un cas de gangrène du cervelet à la suite d'un coup de feu, chez un nommé Bexius ; mais il ne dit pas quels symptômes le malade a éprouvés, il ne décrit l'altération que d'une manière vague. Cette observation n'est donc pas concluante.

§. IV. J'en dirai autant, à plus forte raison, de l'observation de Forestus rapportée par Bonet (*Lib.* 1, *sect.* 3). Il s'agit d'un enfant de deux ans, qui tomba d'abord dans un état de léthargie, puis de *sphacélisme* du cerveau, avec paralysie du sentiment et du mouvement de tout le côté *droit.* D'après ces symptômes, Forestus prononça sans hésiter qu'il y avait abcès et sphacèle du côté *droit* du cerveau ; il prédit que l'enfant mourrait le jour même ; et tout se passa précisément comme il l'avait annoncé ; l'enfant mourut dans

la journée, et l'on trouva un abcès accompagné de sphacèle dans le côté *droit*. Ici, il n'y a pas seulement prévention, il y a ignorance et mauvaise foi : c'est parce que Forestus ignorait que les symptômes d'affection cérébrale se manifestent du côté opposé à la maladie, qu'il annonça avec tant d'assurance que la gangrène qu'il avait reconnue aux caractères du *sphacélisme* existait dans le côté droit, et il a évidemment altéré la vérité pour justifier son diagnostic.

§. V. Le docteur Baillie (*Traité d'Anat. pathol.*, sect. 15) dit avoir vu un exemple de gangrène du cerveau, et voici la description qu'il donne de l'altération : « La portion enflammée de la substance cérébrale était devenue d'une couleur *brune noirâtre*, *et n'avait pas plus de consistance que la poire la plus pourrie.* » Il ne dit pas quelle était la portion du cerveau enflammée, il ne parle pas des symptômes; aussi nous n'attacherons pas plus d'importance à cette description qu'elle n'en mérite. Mais vous devez être frappé de la ressemblance qu'elle a avec celles des ramollissemens de la substance grise accompagnés d'injection sanguine, etc.

§. VI. Je ne prétends pas que l'inflammation du cerveau ne soit susceptible de se terminer par gangrène, qu'autant que cet organe est en contact avec l'air; je dis seulement que cette couleur foncée qui a fait croire à la gangrène, n'est pas une preuve suffisante de son existence, puisqu'elle peut dépendre du siége de l'inflammation dans la substance grise.

Il faut donc attendre sur ce point des observations recueillies avec plus de soin. Il n'en est pas de même des cas où la substance cérébrale, sortie de la cavité du crâne, s'est séparée du reste du cerveau.

N° 26.

Fracture comminutive du crâne à *droite*, issue d'une grande quantité de cerveau par la plaie; convulsions et paralysie à *gauche*. — *Perte de substance, altération putride du cerveau à* droite.

Diemerbroech rapporte (*Anatom.*, *lib.* 3, *cap.* 5) l'observation d'une servante qui, ayant reçu sur la tête une pierre du poids de trente livres au moins, eut une fracture comminutive du coronal du côté *droit*, avec enfoncement des fragmens et lésion du cerveau. Deux jours après l'extraction de quatorze fragmens, le cerveau étant à découvert commença à sortir de la plaie, acquit peu à peu le volume d'un œuf d'oie, et se sépara en répandant une odeur infecte. Une nouvelle portion sortit de nouveau, se sépara de même, et fut remplacée par une autre, en sorte que dans le cours du traitement il se détruisit, par la putréfaction, une quantité de cerveau grosse comme le poing. Cependant la malade vécut trente-six jours, et pendant tout ce temps elle conserva l'usage de sa raison; les fonctions se faisaient bien; seulement tout le côté *gauche* du corps, opposé à la plaie, fut pris deux ou trois fois de convulsions, et resta paralysé

depuis le commencement, et d'une manière continue: il y eut aussi du hoquet.

Après la mort, on trouva dans le cerveau une grande cavité à la place de la portion qui était sortie par la plaie. L'altération putride s'étendait jusqu'aux ventricules du même côté.

§. I. Ici pas de doute sur l'existence de la gangrène. Quant aux symptômes, ce sont les mêmes que nous avons observés dans presque tous les autres cas d'inflammation du cerveau, à cela près de la persistance de l'intelligence jusqu'au dernier moment; car le côté du corps opposé à la maladie fut affecté de convulsions intermittentes et de paralysie.

Ce qui est assez difficile à expliquer, c'est que Morgagni, qui regardait les convulsions comme le symptôme le plus constant de l'inflammation du cerveau, cite cependant cette observation (*epist.* 51, n° 47), pour prouver que quelquefois elle peut aussi produire une paralysie pure et simple, semblable, en un mot, à celle des hémorrhagies cérebrales. Ceci nous montre combien il est important de remonter aux sources, même après l'autorité imposante de l'exact Morgagni.

§. II. Tulpius rapporte (*lib.* 4, *cap.* 1) l'observation d'un enfant de huit ans qui eut le coronal brisé près de la suture, et une portion d'os enfoncé. Après l'enlèvement de l'os, l'enfant reprit *la connaissance et le mouvement*; mais bientôt le cerveau sortit par la plaie : le chirurgien en enleva environ du volume d'un œuf de poule; le fongus se reproduisit de plus

en plus volumineux, etc. Le onzième jour, il survint une paralysie du côté opposé, des mouvemens convulsifs, des sueurs froides, et il mourut deux jours après. La plus grande partie du cerveau lésé était changée en pus.

Vous remarquererez que la compression produite par l'enfoncement de cette portion d'os a produit une perte de connaissance et de mouvement. La paralysie revint le onzième jour accompagnée de convulsions, parce qu'elle était produite par l'inflammation, et non plus par la compression du cerveau; mais il ne paraît pas que le malade ait perdu de nouveau connaissance, puisqu'on n'en parle plus et qu'on a eu soin de noter qu'il perdit de nouveau le mouvement.

§. III. Le nommé Obry, dont parle Marc-Antoine Petit (*page* 245, *ouvrage cité*), éprouva, dans les mêmes circonstances, une paralysie *commençante du bras*, accompagnée de *douleurs* et de légers *mouvemens convulsifs* qui revenaient plusieurs fois le jour.

Le petit Chaurin (*page* 271, *ouvrage cité*) eut également le côté *droit* paralysé, à la suite d'une fracture du côté gauche, avec perte de substance et hernie du cerveau à travers la plaie.

§. IV. Workman (*the Medical Repository*, 1815, vol. 3, n° 18) rapporte une observation semblable, dont voici la substance.

Un enfant, âgé de douze ans, reçut un coup de pied

de cheval, qui brisa le pariétal *gauche*, et nécessita l'application du trépan. Le cinquième jour, il se développa à travers l'ouverture du crâne, une fongosité produite par l'issue du cerveau ; elle augmenta les jours suivans. Il survint de la gêne dans les mouvemens du côté *droit*, on fit la ligature du fongus. Le lendemain, paralysie du côté *droit*; le surlendemain, retour du fongus, paralysie complète; mort le trente-deuxième jour de l'accident.

Ici il n'est pas question de mouvemens convulsifs; mais la paralysie a marché d'une manière lente et progressive. On ne parle pas de l'état des fonctions intellectuelles.

§. V. Petzy (*Comm. litter.*, *ann.* 1731, *sem.* 34, n° 2) rapporte une observation de lésion du côté *gauche* du cerveau avec issue d'une grande partie de la substance cérébrale, accompagnée de paralysie des membres supérieur et inférieur *droits*, de diminution de la vue et de l'ouïe dans les organes du même côté.

Il est assez remarquable que ce commencement de paralysie des organes des sens ait été borné au côté du corps paralysé; et, puisqu'on a pu s'assurer que le malade voyait d'un œil, entendait d'une oreille, il faut bien supposer qu'il avait conservé son intelligence.

§. VI. Tous les faits de ce genre se ressemblent au point qu'il serait inutile de multiplier davantage les citations : je m'en abstiendrai d'autant plus que la plupart, n'ayant été envisagés que sous un point

de vue purement chirurgical, manquent des détails les plus importans, sous le rapport des symptômes. Vous voyez cependant qu'ils sont tout-à-fait semblables à ceux que nous avons observés dans les cas de *ramollissement* et de *suppuration*, sous ce rapport que la paralysie était accompagnée de mouvemens spasmodiques, ou s'est développée d'une manière lente et progressive ; ils en diffèrent en ce que tous les phénomènes morbides paraissent avoir été bornés au côté opposé à la maladie.

§. VII. A quoi tient l'issue du cerveau à travers ses enveloppes, toutes les fois qu'il est en contact avec l'air? Quand le cerveau n'est plus recouvert que par la dure-mère, on sent, à travers cette membrane, un mouvement alternatif d'expansion et de resserrement, qui produit une espèce de pulsation isochrone aux battemens du cœur ; ces mouvemens, qui se font sentir dans les parties latérales comme au sommet du crâne, sont dus par conséquent, non pas au soulèvement du cerveau par les artères qui sont à sa base, mais à l'introduction, chaque fois que le cœur se contracte, d'une certaine quantité de sang dans les artérioles qui le pénètrent de toute part. Mais si le malade crie, ou s'il suspend les mouvemens de la poitrine, le cerveau reste gonflé, tendu, les pulsations cessent de s'y faire sentir pendant tout le temps que dure la gêne de la respiration, ce qui ne peut s'expliquer que par l'embarras de la circulation veineuse, d'abord dans les poumons,

ensuite dans le ventricule droit du cœur, puis dans les veines jugulaires et dans les sinus ; de là, par conséquent, la stase du sang veineux dans le cerveau, phénomène représenté d'ailleurs très exactement au dehors par l'état de turgescence et la coloration violette de la face. Les mouvemens du cerveau sont donc, dans l'état de santé, sous l'influence de l'entrée du sang artériel, et de la sortie du sang veineux. Il semblait tout simple, d'après cela, d'attribuer son issue du crâne à l'absence de toute barrière propre à s'opposer au mouvement d'expansion qui lui est naturel.

Mais vous remarquerez que le cerveau peut être à nu pendant deux, trois, et même cinq jours (*voyez* l'Obs. de Workman, §. IV), sans se montrer au dehors. Cette espèce de végétation dépend donc d'une autre cause, et cette cause ne peut être que l'inflammation. C'est au moment où se développe la congestion sanguine locale inséparable de toute inflammation, que commence cette turgescence extraordinaire qui produit le boursoufflement du cerveau et son expulsion du crâne, sous forme de fongus. La quantité de cerveau qui peut sortir successivement, et dans peu de temps, nous donne une idée assez exacte de la facilité avec laquelle cet organe enflammé se gonfle; du degré auquel cette tuméfaction peut être portée; et par conséquent de la compression, de l'espèce d'étranglement qui doit en résulter, toutes les fois que l'intégrité des parois osseuses du crâne

s'oppose à son libre développement au dehors. C'est peut-être un de nos organes dont la structure est la plus favorable au gonflement inflammatoire, c'est certainement celui dont les enveloppes s'opposent de la manière la plus absolue à ce gonflement.

On trouve ordinairement dans les cas de ramollissement ou de suppuration, les circonvolutions cérébrales aplaties, serrées les unes contre les autres, et formant cependant un renflement uniforme, à l'endroit du siége de la maladie. Cet aplatissement, ce resserrement des circonvolutions, ne peut dépendre que de l'obstacle que le crâne a mis à leur expansion. On observe le même phénomène dans les cas d'épanchement de sang dans les hémisphères, et de sérosité dans les ventricules. Cependant le renflement uniforme de cette portion du cerveau ne pouvait exister avant qu'on eût enlevé le crâne; il faut donc qu'il y ait eu pendant la vie compression, refoulement dans un autre sens. Enfin, ce gonflement doit avoir été bien plus considérable, puisque la mort, faisant cesser la congestion (*mors spasmos solvit*), produit l'affaissement des parties tuméfiées, à tel point que, chez ceux dont le cerveau sortait par la plaie pendant la vie, on trouve, à l'ouverture du cadavre, une vaste cavité.

Il résulte de tout ceci que, quand la portion de cerveau tuméfiée par l'inflammation ne peut trouver d'issue pour se développer au dehors, elle doit comprimer les parties voisines; que l'hémisphère sain

doit être plus ou moins gêné par l'expansion de l'hémisphère enflammé, ce qui explique le sentiment particulier de tension qui accompagne la céphalalgie, et les expressions dont certains malades se servent pour caractériser la sensation qu'ils éprouvent; les uns disent qu'il leur semble que leur crâne va se fendre, ou que leur tête est énorme, ou qu'ils ont un cercle de fer qui leur serre la tête, etc. Cette tuméfaction explique aussi pourquoi l'étendue des altérations pathologiques n'est pas toujours en harmonie avec la gravité des symptômes; pourquoi, par exemple, on ne trouve qu'un ramollissement de l'étendue d'une noisette après une hémiphlégie complète, accompagnée de mouvemens convulsifs ; pourquoi les deux yeux, les deux oreilles perdent presque toujours la faculté de voir et d'entendre; pourquoi, sur la fin de la maladie, la paralysie devient quelquefois générale, quoiqu'un seul côté du cerveau soit affecté. C'est toujours à la même cause qu'il faut attribuer la somnolence, le coma, la perte absolue de l'intelligence; et, ce qui le prouve, c'est que les malades chez lesquels une large ouverture a permis au cerveau de se dilater *librement* à l'extérieur, ont conservé l'intégrité de la vue et de l'ouïe du côté non paralysé, et n'ont éprouvé qu'un léger affaiblissement de ces mêmes organes de l'autre côté; c'est qu'ils ont été exempts de somnolence, de coma, etc., et qu'ils ont conservé jusqu'à la fin l'exercice plus ou moins libre de leurs fonctions in-

tellectuelles. Enfin, ce qui ne laisse aucun doute à cet égard, c'est ce qui est arrivé toutes les fois que dans des cas analogues on a voulu s'opposer à l'issue du cerveau; les malades sont alors tombés dans un état comateux, ont perdu l'intelligence, les symptômes sont devenus tellement graves, qu'on a bientôt été forcé de le laisser sortir librement. Je me dispense de vous en citer des exemples, parce qu'ils sont très nombreux dans les annales de la chirurgie.

Il est clair, d'après cela, que l'hémisphère sain, lorsqu'il n'est pas comprimé par l'autre, continue à remplir ses fonctions sous le rapport de l'intelligence, comme sous celui des mouvemens volontaires et de la sensibilité; que le malade continue à penser avec une moitié du cerveau, comme il continue à voir avec un œil, à entendre avec une oreille.

Vous avez vu que, dans les inflammations du cerveau, les malades conservaient la sensibilité longtemps après qu'ils avaient perdu la faculté de mouvoir le membre; et je vous ai dit que cette différence tenait à ce que le mouvement volontaire d'un membre est le produit d'un acte spontané du cerveau, tandis que la perception de l'impression produite à l'extrémité d'un nerf est un acte indépendant de la volonté, qui n'exige par conséquent pas que le cerveau entre spontanément en action. Vous trouvez ici la même différence entre les fonctions intellectuelles et les mouvemens volontaires, qu'entre

ces derniers et la perception des agens extérieurs ; un malade peut être hors d'état d'exprimer une idée, de suivre un raisonnement ; il peut même avoir entièrement perdu connaissance, et cependant se servir librement des membres du *côté opposé à l'hémisphère sain ;* porter sa main à sa tête, etc. Il peut être privé de la faculté de mouvoir les membres *du côté opposé à l'hémisphère enflammé*, et percevoir encore l'impression faite à la peau des membres privés de mouvement ; parce que la combinaison des idées exige de la part du cerveau un effort d'attention, qui n'est pas nécessaire à la détermination d'un simple mouvement volontaire, et que pour la perception d'une sensation il n'est pas nécessaire que le cerveau entre spontanément en action.

Je vais m'expliquer par un exemple : supposons une inflammation aiguë et récente d'une portion de l'hémisphère *droit*, accompagnée d'une congestion sanguine, et, par conséquent, d'une turgescence proportionnée à l'intensité de l'inflammation. La boîte osseuse du crâne étant inextensible, l'hémisphère *gauche* peut être comprimé à un degré suffisant pour que le malade, plongé dans un état comateux, perde entièrement la faculté d'associer des idées, mais pas assez pour qu'il ne puisse déterminer dans les membres du côté *droit* du corps des mouvemens spontanés, qui seront encore sous l'influence de la volonté, mais qui ne seront déjà plus inspirés par la réflexion ; c'est ainsi qu'il

portera sa main *droite* au côté *droit* de la tête, etc. L'hémisphère *droit* pourra être affecté à un degré tel, qu'il ne puisse plus entrer spontanément en action pour déterminer des mouvemens volontaires dans les membres du côté gauche, mais pas assez pour ne pas percevoir une vive impression faite sur l'extrémité des nerfs qui se rendent à la peau des membres privés du mouvement. Cette supposition que je viens de faire n'est point une abstraction purement idéale, c'est l'histoire des dix-neuf vingtième de nos malades, du moins pendant la première période.

En résumé, il existe dans les inflammations aiguës du cerveau deux causes bien distinctes des symptômes. Une altération locale qui produit des phénomènes bornés au côté du corps opposé à l'hémisphère malade; une fluxion qui produit une turgescence plus ou moins considérable, et par suite une compression des parties non enflammées, et des symptômes généraux, tels que la somnolence, le coma, la perte de connaissance, etc.; et comme toutes les inflammations du cerveau ne sont pas également aiguës, et par conséquent accompagnées d'une fluxion également énergique, il doit en résulter quelque différence dans le rapport de ces deux ordres de symptômes; si, par exemple, l'inflammation marche d'une manière très lente, il pourra se faire que le malade, quoique hémiplégique, conserve son intelligence pendant tout le cours de la maladie;

c'est ce qui est arrivé dans l'Observation n° 22, où elle a duré cinquante jours; c'est ce que nous verrons plus clairement dans les inflammations chroniques du cerveau.

N° 27.

Vous avez vu, dans la Lettre précédente, le pus infiltré dans la substance cérébrale, lui communiquer sa couleur, et former, par son union avec elle, une matière homogène diffluente, de couleur blanchâtre, jaunâtre ou verdâtre, qu'on a comparée tantôt à un mucus *filant*, tantôt à une *trituration de pus et de substance cérébrale*, tantôt à une matière *sanieuse*. Dans plusieurs cas, cette altération ne différait du pus que par un peu plus de consistance. Exposée à un courant d'eau, toute la substance cérébrale ramollie entraînée, laissa à sa place une véritable caverne anfractueuse, analogue à celle des abcès, mais beaucoup moins régulière. Plus tard le pus a commencé, dans certains cas, à se réunir dans quelques points en petits foyers épars au milieu de la désorganisation générale (L. 2, nos 1 et 3). Bientôt ces petites collections de pus se sont réunies, par la destruction de la substance cérébrale ramollie qui les séparait, en un foyer commun, ayant des embranchemens, des espèces de clapiers divergens, au milieu desquels se trouvaient des fragmens de cerveau qui ne tenaient plus que par un pédicule (n° 9). Enfin, ces frag-

mens se dissolvant eux-mêmes au milieu de la suppuration, se réduisirent en espèces de filamens floconneux (n° 11). D'autres fois la suppuration, moins disséminée, paraît avoir commencé par un seul foyer, qui se forma dans le centre du ramollissement; alors on trouva la substance cérébrale environnante d'autant plus molle et plus imprégnée de la couleur du pus, qu'on l'examinait plus près du centre (L. 2, n° 3, §. IV). D'autres fois, deux abcès se sont développés en même temps et de la même manière, à quelque distance l'un de l'autre (n°s 10 et 11); ou plusieurs inflammations se sont succédées, comme nous le verrons plus tard. Mais, dans tous les cas, lorsque le malade a vécu assez long-temps, toutes les portions du cerveau qui étaient ramollies, c'est-à-dire enflammées, ont fini par se détruire et faire partie de la cavité du foyer; alors ses parois jouissant du même degré de consistance que le reste du cerveau, l'on n'aperçut plus de traces de ramollissement; la cavité s'est arrondie, s'est circonscrite; il n'y a plus eu d'intermédiaire entre le pus et le cerveau sain.

Nous n'avons pas trouvé au milieu des abcès du cerveau, de ces brides celluleuses, de ces lambeaux de tissu cellulaire, nageant dans le pus, comme on en rencontre dans la plupart des autres abcès, parce que ce tissu est très rare dans le cerveau; cependant le peu qu'il en contient, et qui n'était pas détruit par la suppuration, tenait aux parois du foyer, recevait des vaisseaux capillaires; d'autres vaisseaux, qui avaient

également résisté à la destruction, flottaient aussi dans le pus, comme on s'en est assuré, après son évacuation, en exposant la cavité du foyer à un courant d'eau (*Voyez* n° 11). On vit alors un tissu tomenteux, floconneux, et une infinité de petits vaisseaux courts et grêles nager dans le liquide. Ce sont ces petits vaisseaux, ces débris de tissu cellulaire, qui, se retirant vers la circonférence du foyer, se rapprochant, s'entrelaçant à sa surface, ont formé cette espèce de réseau vasculaire et celluleux que nous avons trouvé dans les Observations n°s 21, 22, 23 et 24 : mince d'abord comme une toile d'araignée, il prend peu à peu de l'accroissement par l'effet de l'irritation continue qu'entretient la présence d'un corps étranger, et sert aussi de trame à une membrane qui se développe, s'organise, s'épaissit, et forme autour du pus une barrière qui le sépare du cerveau. C'est ce qu'on observe aussi dans les apoplexies et dans tous les cas où un corps étranger séjourne au milieu de nos parties.

Le pus contenu dans ces abcès a présenté des qualités différentes, suivant l'âge, l'état de faiblesse ou de vigueur du malade, etc. C'est ainsi que, dans les Observations 12 et 21, il était liquide et comme séreux; et vous avez vu au milieu de quelles circonstances il s'était formé. Dans les autres, il était plus ou moins épais, visqueux, etc. Quant à la couleur, le pus a présenté des nuances infiniment variées. Nous l'avons trouvé successivement verdâtre (L. 2, Obs. 3, §. IV; L. 3, n° 14); jaune verdâtre (n° 9);

banc jaunâtre (n° 11); grisâtre (n° 11); jaune grisâtre (n° 10); gris blanchâtre (n° 23); blanc sale (n° 1, L. 2); et enfin tout-à-fait *blanc* (n° 3, L. 2). Vous remarquerez que toutes ces nuances sont précisément celles que nous avons rencontrées dans les ramollissemens sans injection sanguine : ce qui prouve jusqu'à l'évidence qu'ils ne sont en effet qu'un premier degré de suppuration. (*Voy.* L. 2, n° 24 et §. I.)

Dans trois observations seulement, le pus avait une odeur fétide (n[os] 10, 18 et 24). Dans la première, le foyer communiquait avec l'air extérieur ; mais, dans les deux autres, cette circonstance ne se rencontrant pas, il est difficile de savoir à quoi tenait cette fétidité. Au reste nous pouvons faire la même remarque au sujet des ramollissemens, et c'est encore un trait de ressemblance de plus. Dans deux cas, la substance cérébrale avait une odeur fétide (L. 2, n° 4, §. III ; L. 3, n° 7), dont il serait difficile de trouver la cause : dans tous les autres, il n'en est pas question.

§. I. Il en est de l'inflammation du cerveau comme de celle de tous les organes ; elle peut marcher avec plus ou moins de rapidité, suivant l'âge, le tempérament, les dispositions particulières de l'individu, l'intensité des causes qui ont produit la maladie, etc. Ainsi l'inflammation que nous appelons aiguë peut être plus ou moins aiguë ; par conséquent le temps pendant lequel a duré la maladie ne peut pas indiquer d'une manière absolue l'époque où est arrivée l'inflammation, ou, si vous aimez mieux, le degré

d'altération que doit offrir le cerveau à l'ouverture du cadavre.

D'un autre côté, il n'est pas facile, surtout dans les cas un peu compliqués, de déterminer à quelle époque a commencé l'inflammation du cerveau; cependant on peut supposer, sans craindre de s'éloigner beaucoup de la vérité, qu'elle a commencé en même temps que les premiers symptômes de paralysie; et si ce point de départ n'est pas infaillible, il est au moins uniforme.

En calculant d'après ces données, voyons s'il existe quelque rapport entre la durée de l'inflammation et l'état des parties enflammées.

Sur vingt-quatre observations, dans les sept premières, où il n'est question que d'injection sanguine, de coloration particulière du cerveau, de ramollissement enfin et non de suppuration, la mort a eu lieu dans le 1er septénaire, ainsi qu'il suit :

Au bout de quelques minutes, n° 1, §. 3.

Au bout de deux heures, n° 7.

Au bout de deux jours, n° 5.

Le quatrième jour, nos 1 et 2.

Le sixième jour, n° 3.

Le septième jour, n° 4.

Parmi les cas dans lesquels la suppuration était évidente :

Trois des malades sont morts vers la fin du premier septénaire, nos 11, 13 et 17.

Six, dans le courant du second, n° 8, §. III, 9, 10, 14, 18 et 19.

Quatre dans le courant du troisième, nos 8, 12, 16 et 20.

Enfin, dans les quatre dernières observations, où il existait déjà un commencement de kyste autour du pus, la mort est survenue le trente-troisième, le cinquantième, le cinquante-troisième ou le cinquante-cinquième jour.

Si vous comparez ce résultat au relevé que je vous ai présenté de la durée de la maladie, dans les cas de ramollissemens (page 217), vous verrez que les altérations sont assez régulièrement en rapport avec la durée de la maladie; que, dans les inflammations aiguës, la suppuration se réunit en foyers distincts, de la fin du premier septénaire à la fin du second, et qu'au bout d'un mois, on commence déjà à trouver un commencement de kyste autour du pus.

§. II. En parlant du siége des ramollissemens, nous avons cherché à établir quel rapport de fréquence existait entre les affections de la substance grise et celle de là substance blanche, et nous avons vu qu'il était à peu près comme 3 est à 1 (page 215).

Cette recherche n'est pas à beaucoup près aussi intéressante pour les observations précédentes, parce que dans le plus grand nombre l'inflammation ayant été produite par une cause externe, le siége de la maladie a dépendu le plus souvent du hasard. Quoi qu'il en soit, voici le résultat du relevé que j'ai fait.

Dans dix cas, l'inflammation avait son siége à la surface du cerveau (nos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 13, 16 et 24), dans la substance grise des circonvolutions par conséquent; mais il faut remarquer que, dans le plus grand nombre, elle avait été produite par des causes qui avaient agi sur le crâne, et que c'était vis-à-vis de l'endroit qui avait été frappé, que le cerveau était affecté; il faut remarquer aussi que l'arachnoïde correspondante était enflammée, et que les symptômes d'arachnoïdite avaient précédé ceux d'encéphalite. Dans un autre cas, une espèce d'infiltration ou d'épanchement de sang s'est faite dans cette même substance grise des circonvolutions, puis a été suivie d'une inflammation de la substance blanche (n° 12); dans un autre, la suppuration avait probablement commencé dans le corps strié, ou la couche des nerfs optiques (n° 19); dans quatre, la suppuration occupait à peu près également les substances grise et blanche (nos 9, 10, 11 et 14); enfin dans cinq, la suppuration avait son siége dans la substance blanche du milieu des hémisphères (nos 15, 17, 20, 21 et 23). Vous voyez que ce résultat ne s'éloigne pas beaucoup de celui que présentent les cas où la maladie était spontanée.

§. III. Quant à l'âge de nos malades, rien n'a été plus variable. Vous avez vu l'inflammation se développer spontanément dans les premiers mois de la vie (n° 20), à trois ans (n° 11), à douze ans (n° 24), à vingt-six ans (n° 22), à trente-trois ans (nos 17 et 19), à

trente-neuf ans (n° 11), à cinquante-cinq ans (n° 9), enfin à soixante-six ans (n° 21).

Si l'on pouvait tirer des conséquences d'un si petit nombre de faits, il s'ensuivrait que tous les âges sont à peu près également exposés aux inflammations du cerveau ; mais je dois vous faire observer que chez les deux premiers malades l'inflammation a marché fort lentement, a duré très long-temps ; que la suppuration n'était pas aussi-bien élaborée que chez ceux qui étaient d'un âge mûr. Il faut ajouter que chez les seconds, les symptômes inflammatoires ne se sont manifestés qu'après l'emploi de la noix vomique. Ce qui est fort remarquable, le dernier de ces malades (n° 21), qui avait 66 ans, a présenté exactement les mêmes circonstances : la maladie a duré cinquante-trois jours, n'a été accompagnée de quelques phénomènes spasmodiques qu'après l'emploi de la noix vomique, et le pus était séreux et fluide. Ce fait confirme pleinement ce que je vous disais (p. 220), à l'occasion de l'âge avancé de presque tous ceux chez lesquels on a observé les ramollissemens, de la difficulté avec laquelle la suppuration s'établit chez les vieillards ; c'est ce qui m'a fait penser que si l'on trouvait si rarement, à cet âge, des abcès dans la substance cérébrale, c'est que l'inflammation marchait d'une manière plus lente que chez les adultes, et qu'ils succombaient plus promptement, et cela parce que leur constitution est détériorée.

Il paraît donc qu'aux deux époques extrêmes de

la vie, le cerveau est peu susceptible, je ne dirai pas de s'enflammer, mais de devenir le siége d'une inflammation franchement aiguë, qui se termine *promptement* par une suppuration *de bonne nature*. Cela se conçoit : dans les premiers temps qui suivent la naissance, le cerveau offre à peine quelques traces d'organisation, son tissu est d'une mollesse presque diffluente; il ne commence que fort tard à jouir de toute l'énergie de ses fonctions. Dans la vieillesse, il participe, comme tous les autres organes, à la faiblesse générale.

Je ne parle pas des cas dans lesquels l'inflammation a été produite par une violence extérieure : ici la fréquence dépend des conditions de la vie dans lesquelles les individus sont plus exposés à ce genre de cause; voilà pourquoi je vous ai rapporté cette fois un si grand nombre d'observations recueillies sur des hommes, et si peu qui appartiennent à des femmes.

Les enfans sont particulièrement exposés aux chutes, aux coups, aux contusions de toute espèce, qui portent le plus souvent sur la tête. Cependant je ne vous ai rapporté qu'une seule observation d'inflammation du cerveau produite à cet âge par cause externe, parce que nous en possédons fort peu d'exemples, encore sont-ils fort incomplets. Cette pénurie de faits tient à beaucoup de circonstances. D'abord, il est remarquable que les maladies des enfans sont en général moins bien connues que celles des adultes, soit à cause de la difficulté qu'offre leur diagnostic,

soit surtout parce qu'on s'en est moins occupé ; mais l'étude des affections cérébrales surtout présente chez eux de grandes difficultés : la grande prédominance du système nerveux à cet âge les expose, pour la moindre cause, à des phénomènes spasmodiques, purement symphatiques, qu'on peut facilement confondre avec les symptômes propres aux affections cérébrales. Le médecin, appelé au milieu des accidens les plus alarmans, est rarement instruit de tout ce qui s'est passé ; l'enfant est trop jeune pour pouvoir parler de l'accident qui lui est arrivé, ou il se tait dans la crainte d'être puni ; les domestiques mentent de peur d'être accusées de négligence et renvoyées. Les symptômes alors sont attribués à la dentition, à quelque maladie éruptive qui se prépare, à quelque affection vermineuse, etc. On perd un temps précieux...... Si l'enfant meurt, il est rare qu'on fasse l'ouverture de son corps, et si elle est pratiquée, l'état de mollesse ordinaire du cerveau ne permet guère d'apprécier que les épanchemens sanguins et les suppurations bien évidentes. Enfin, dans les cas de plaies de tête considérables, l'attention du chirurgien se rencontre sur les lésions extérieures ; l'observation est recueillie sous un point de vue purement chirurgical, et ne peut servir aux progrès de la pathologie.

§. IV. Chez quatorze malades l'inflammation du cerveau a été produite par l'action de violences extérieures. Chez un autre, elle a été déterminée par une

carie vénérienne (n° 33). Parmi les neuf autres, chez lesquels l'inflammation s'est développée spontanément, nous retrouvons les mêmes causes prédisposantes et déterminantes que nous avons notées dans les cas de ramollissement.

La malade du n° 11 avait une hypersarcose du cœur sans rétrécissement de l'orifice aortique, une constitution robuste, un embonpoint assez considérable et le cou court. Elle était habituellement mal réglée ; elle eut d'abord une espèce d'attaque d'apoplexie, puis une céphalalgie opiniâtre; ses règles manquèrent à l'époque ordinaire, et ce fut immédiatement après que se manifestèrent les symptômes d'encéphalite. Je vous prie de comparer cette observation à celle du n° 13 de la Lettre première, avec laquelle elle a la ressemblance la plus frappante, et vous serez convaincu que dans ces deux cas c'est la difficulté de la menstruation qui a produit l'état pléthorique, la gêne de la circulation, et par suite l'épaississement et la dilatation du ventricule gauche. Qu'ensuite cet état du cœur a entretenu cette disposition permanente aux affections cérébrales, jusqu'à ce qu'enfin la suppression des règles ait déterminé l'explosion de l'inflammation. (*Voyez* p. 223).

Le malade du n° 9 était d'une petite stature, d'une constitution pléthorique; un violent chagrin se joignit à cette prédisposition naturelle, et peu de temps après se manifestèrent les symptômes d'inflammation de l'arachnoïde et du cerveau. (*Voyez* p. 225.)

Deux autres malades (nos 19 et 21) étaient passionnément adonnés aux boissons fermentées, et le second était dans un état d'ivresse lorsqu'il éprouva les premiers symptômes. (*Voyez* p. 225.) La petite malade du n° 12 eut d'abord une espèce d'épanchement de sang dans la substance cérébrale, qui produisit des symptômes d'apoplexie incomplète; se n'est qu'après l'usage de la noix vomique que ce sont manifestés ceux d'inflammation (*voyez* p. 267); mais il reste toujours à savoir ce qui a pu déterminer cette hémorragie cérébrale à un âge aussi tendre. Chez les quatre autres, on n'a reconnu aucune cause prédisposante ou déterminante appréciable.

§. V. Les symptômes observés dans les faits que vous venez de lire, ressemblent tellement à ceux de ramollissement, que je pourrais me contenter, pour éviter les répétitions, de vous renvoyer à l'analyse que j'en ai faite à la fin de la Lettre précédente; mais il n'est plus permis en médecine de se contenter de rapprochemens vagues, les faits doivent être non seulement *comptés*, mais encore *pesés*.

§. VI. Chez deux malades seulement la respiration a été sensiblement gênée avant les derniers instans de la vie; l'un (n° 5) avait des tubercules dans le poupoumon (n° 12); l'autre une double pneumonie (*Voyez* le §. VIII, p. 227).

§. VII. Sur vingt-quatre malades, quatorze n'ont pas eu de fièvre (nos 1, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 23 et 24), et de ce nombre se trouvent

tous ceux chez lesquels l'inflammation du cerveau était exempte de complication.

Parmi les autres, la petite malade du n° 12 a été celle chez laquelle la fièvre a été le plus prononcée; elle a persisté pendant presque toute la durée de la maladie; mais il existait en même temps un catarrhe pulmonaire et intestinal qui durait depuis quatre mois; la fièvre s'est exaspérée en même temps que le dévoiement, après l'administration de la noix vomique et de plusieurs émétiques. Enfin, après la mort, on trouva *la membrane muqueuse du poumon et celle des gros intestins enflammée.*

Le malade du n° 21 était sans fièvre lorsque, le sixième jour, on lui donna trois grains d'émétique qui ne furent pas vomis; le soir, fièvre très forte qui continua les jours suivans, ainsi que le dévoiement; au bout de huit jours, l'un et l'autre diminuèrent; mais on donna la noix vomique, et tous les symptômes de gastro-entérite augmentèrent. *Inflammation de l'estomac et des intestins, ulcérations vers la fin de l'iléon.*

Celui du n° 18 eut un peu de fièvre, et l'on trouva après la mort le duodénum, la portion transverse du colon et la face concave du foie légèrement enflammés.

Un autre (n° 5) avait une fièvre intermittente avant d'être blessé à la tête; elle devint un instant continue après l'accident, mais cessa ensuite. D'ailleurs il avait des *tubercules suppurés dans le poumon.*

Un autre (n° 9), à la suite de chagrins violens et continus, eut pendant douze jours une fièvre rémittente, avec exacerbation le soir; mais elle cessa précisément en même temps que les symptômes d'affection cérébrale se manifestèrent, et ne reparut plus depuis.

Celui du n° 4 eut quelques accès de fièvre après plusieurs écarts de régime; mais ils cessèrent, pour ne plus reparaître, avant les premiers symptômes d'affection cérébrale. Le militaire du n° 13 eut de la fièvre le troisième jour de l'accident; mais il était horriblement mutilé par un grand nombre de coups de sabre sur la tête, sur la figure et les membres; toutes ces plaies étaient donc enflammées à la fois, lorsque la fièvre se manifesta.

Un autre blessé (n° 3) eut aussi de la fièvre; mais *seulement* au moment où l'excès de l'inflammation produisit la gangrène de la plaie des tégumens.

Enfin, la servante dont parle J. L. Petit (n° 2) eut, dit-il, *tous les symptômes d'une fièvre maligne;* mais cela ne prouve pas le moins du monde que Petit ait voulu parler de fièvre proprement dite; il s'agit sans doute ici des symptômes que nous avons observés dans les cas d'inflammation du cerveau et de l'arachnoïde, qu'on appelait *fièvres ataxiques nerveuses* ou *pernicieuses*. Je dois d'ailleurs vous faire remarquer que, dans ces trois dernières observations, on n'a ouvert que la tête.

Le rapprochement de tous ces faits prouve donc

de plus en plus que, quand la fièvre se manifeste dans le cours d'une inflammation du cerveau, elle en est tout-à-fait indépendante. (*Voyez* §. IX, pages 229 et suiv.)

§. VIII. La céphalalgie n'a été notée que dans onze observations (nos 1, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 22). Mais vous remarquerez que, dans les affections chirurgicales, on n'en tient pas toujours compte, parce qu'on la confond souvent avec la douleur produite par la plaie de tête; que plusieurs malades sont arrivés à l'hôpital sans connaissance; qu'un autre n'avait que quatre mois et demi. La céphalalgie est donc un symptôme plus constant que ce résumé ne semblerait le faire croire. Elle a toujours paru dans le début de la maladie; elle a diminué à mesure que les autres symptômes ont fait des progrès; elle a été tantôt sourde (n° 18), tantôt violente (nos 5 et 11), tantôt pulsative (n° 1), quelquefois générale (n° 6); une fois elle s'est trouvée bornée au côté de la tête, opposé à la maladie (n° 19); dans un autre cas (n° 22), après une guérison apparente, elle est revenue le trente-deuxième jour, et a précédé de très près une rechute mortelle. La douleur de tête est donc le symptôme précurseur le plus constant de l'encéphalite; il peut aider à la faire distinguer de l'hémorrhagie cérébrale, et doit être pris en grande considération dans les convalescences. (Voy. p. 240.)

§. IX. Toutes les fois que la suppuration du cerveau s'est montrée sans l'inflammation de l'arach-

noide (n°s 10, 15, 21, 22, 23, 24), j'ai eu soin de vous faire remarquer que les malades n'avaient pas éprouvé de délire, que les fonctions intellectuelles, au lieu d'être exaltées, étaient au contraire comme engourdies. La mémoire s'est affaiblie, l'association des idées est devenue difficile, le visage a pris un aspect stupide, les sens se sont émoussés, la tendance au sommeil et la perte de connaissance ont augmenté dans la même progression que la paralysie des membres, et la mort est survenue au milieu d'un coma profond, exempt d'agitation; en un mot, vous avez retrouvé tous les symptômes des ramollissemens simples.

Seulement, dans les cas où le cerveau enflammé a pu sortir librement de la cavité du crâne (n° 26 et §. 2, 3, 4 et 5); et, dans un autre où l'inflammation a suivi une marche lente et a présenté une longue rémission (n° 22), les malades n'ont éprouvé que peu ou point de somnolence, ont conservé plus ou moins l'usage de leurs sens, et ont joui d'une manière plus ou moins complète du libre exercice de leurs fonctions intellectuelles. Nous avons attribué l'absence de ces symptômes généraux, observés chez les autres, à ce que l'hémisphère sain n'était pas comprimé par l'hémisphère enflammé et tuméfié. Supposition d'autant plus probable qu'elle est confirmée par l'apparition de ces mêmes symptômes, toutes les fois qu'on a voulu s'opposer à la sortie du cerveau, et par ce qu'on observe dans les cas où du pus se forme dans la cavité du crâne; suivant qu'il

peut en sortir librement ou qu'il y est retenu par une cause quelconque, on voit tour à tour les malades tomber dans un état de somnolence et perdre connaissance, ou se réveiller et recouvrer l'intelligence.

Examinons maintenant dans quelle circonstance on a observé du délire. Chez le malade du n° 1 il se manifesta deux jours avant la paralysie. *L'arachnoïde était blanche, opaque, très épaisse, et enduite à la surface interne d'une légère couche de matière albumineuse.*

Celui du n° 5 eut le septième jour du délire, qui fut remplacé, après le onzième, par un état de somnolence, suivi de paralysie : *la partie antérieure de la cavité du crâne était pleine de pus, renfermé entre la dure-mère et l'arachnoïde.*

Celui du n° 6 eut aussi du délire pendant quelques instans : *les vaisseaux de la dure-mère et de l'arachnoïde étaient très injectés ; il s'écoula aussi de la sanie purulente.*

Le malade du n° 9 eut, pendant six jours, un délire fixe, qui cessa lorsque les symptômes de paralysie se manifestèrent : *la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère étaient partout très injectées.*

Celui du n° 13, eut du délire, suivi de convulsions et de paralysie : *la méninge du côté gauche était très injectée ; entre elle et la méningine, on trouva une gelée tremblante*, etc.

Le malade du n° 18 eut d'abord un délire violent qui cessa quand les autres symptômes augmentèrent,

et revint le dixième jour, au moment où tous les autres symptômes se calmèrent : *on trouva beaucoup de sérosité épanchée dans l'un des ventricules, et du sang dans l'autre.*

Le malade du n° 19 eut un délire intermittent qui survint seulement sur la fin de la maladie; et l'on trouva *un abcès rompu dans les ventricules et du pus épanché à la base du crâne.*

Vous venez de voir que dans aucun cas d'inflammation simple du cerveau, l'on n'avait remarqué la moindre apparence de délire, que toutes les fois, au contraire, que ce symptôme s'était montré, il existait une inflammation de l'arachnoïde. (*Voyez* aussi le §. XIII, p. 245 et suiv., et les Observ. n° 1, §. IV, nos 5 et 10 de la Lettre précédente.) Il est donc évident que malgré l'opinion généralement reçue, le délire n'est pas un symptôme d'inflammation aiguë du cerveau, qu'il appartient spécialement, au contraire, aux inflammations de l'arachnoïde. (*Voyez* p. 246 et suivantes.)

Vous avez dû remarquer qu'en général le délire avait précédé l'apparition des premiers symptômes de paralysie; cela tient à plusieurs causes : dans les affections traumatiques, l'inflammation de l'arachnoïde précède ordinairement de plusieurs jours celle du cerveau, comme je vous l'ai fait remarquer plusieurs fois. D'un autre côté, les inflammations spontanées de l'arachnoïde amènent souvent à leur suite celles du cerveau; vous en avez vu beaucoup

d'exemples. Enfin dans les cas très rares où l'inflammation de l'arachnoïde succède à celle du cerveau, cet organe étant déjà profondément affecté, n'est plus susceptible d'en être influencé, le délire n'est plus possible. Il n'y a qu'un cas où le délire puisse se manifester en même temps que l'hémiplégie, c'est celui où une inflammation de l'arachnoïde existant à la surface de l'hémisphère sain, celui-ci n'est pas ou n'est plus gêné dans ses fonctions par la tuméfaction de l'hémisphère enflammé. C'est probablement ce qui est arrivé chez le malade du n° 18, dont le délire revint avec violence le dixième jour, au moment où tous les autres symptômes se calmèrent, et cessa de nouveau avec le retour des premiers accidens. C'est aussi ce que vous avez vu chez celui du n° 19, qui eut, vers la fin de la maladie, un délire intermittent, lorsque l'abcès du cerveau s'ouvrit dans les ventricules et que le pus s'épancha à la base du crâne; il est clair que dans ces deux cas le délire s'est manifesté dans le moment de détente, pendant lequel l'hémisphère sain a repris une partie de ses fonctions. Puisque nous avons vu qu'un seul hémisphère libre suffisait pour la conservation des fonctions intellectuelles; puisque l'inflammation de l'arachnoïde, qui recouvre l'hémisphère sain, peut produire des mouvemens convulsifs dans les membres du côté opposé, pourquoi la même irritation produite par l'arachnoïde enflammée, ne pourrait-elle pas, lorsqu'il est libre, produire du délire? C'est

au reste ce que de nouveaux faits vous démontreront plus tard.

§. X. Les convulsions et la paralysie ont été, comme dans les cas de ramollissement, les symptômes les plus constans. Mais, dans les plaies de tête, l'arachnoïde de la surface des hémisphères étant le plus souvent enflammée, examinons d'abord ce qui s'est passé dans les membres du côté opposé à l'hémisphère du cerveau affecté.

La paralysie a existé à un degré plus ou moins intense chez tous les malades, excepté un seul (n° 7) qui paraît n'avoir éprouvé que des convulsions, mais qui est mort au bout de deux heures.

Chez onze de ces malades la paralysie a été précédée de mouvemens convulsifs (n°s 1, 4, 5, 13, 14, 16, 20, 23, 24, 26 et §. II).

Chez huit, elle a été accompagnée de contraction permanente, avec flexion et roideur comme tétanique des membres (n°s 9, 11, 15 et 18); ou de mouvemens convulsifs, intermittens, dont les retours étaient plus ou moins réguliers, et les intervalles plus ou moins longs (n°s 3, 22 et 26, §. III).

Presque tous les malades qui éprouvèrent des contractions permanentes, manifestèrent de vives douleurs quand on voulut étendre les membres ou les écarter du corps. Plusieurs de ceux qui n'eurent que des mouvemens convulsifs, intermittens, se plaignirent d'élancemens, de douleurs spontanées dans les membres.

Ces symptômes spasmodiques ont été plus prononcés dans les membres supérieurs que dans les inférieurs, souvent même ils ont été bornés au bras (nos 9, 11, 23, 26, §. III), ou ne se sont étendus à la jambe que plusieurs jours après (n° 24); ils ont paru dans les premiers temps de la maladie et se sont affaiblis ensuite pour disparaître tout-à-fait, à mesure que la paralysie a fait des progrès; excepté dans trois cas où une nouvelle inflammation succéda à la première, lorsque la période d'irritation était déjà passée (nos 12, 22 et 24). Le retour des symptômes spasmodiques indique donc une récidive de la maladie, ou plutôt, comme nous le verrons, l'apparition d'une nouvelle inflammation dans un autre point du même hémisphère.

Quant à la paralysie, elle s'est en général développée assez lentement, dans les cas où les symptômes spasmodiques n'ont pas été très intenses; ainsi elle a commencé par un engourdissement du bras, une gêne, puis une paralysie des mouvemens, et la peau a conservé long-temps de la sensibilité.

Dans les cas où la paralysie n'a été ni précédée ni accompagnée de mouvemens spasmodiques, elle a marché d'une manière encore plus lente, et a présenté quelque phénomène particulier, qu'on n'observe pas dans les cas d'hémorrhagie cérébrale. Le malade du n° 10 éprouva d'abord un fourmillement, un engourdissement des membres, accompagnés d'embarras dans la parole; huit jours après, il pouvait encore se promener, le bras n'était même pa

entièrement privé de mouvement. Chez le malade du n° 26, §. IV, la paralysie a suivi à peu près la même marche. Celui du n° 19 éprouva en outre de la douleur dans le côté du cou qui était paralysé; il en fut de même chez celui du n° 6, qui, de plus, conserva la sensibilité. Enfin, chez le malade du n° 8, la paralysie ne s'étendit qu'au bras, et cessa après une saignée.

Je dois, au reste, vous faire, au sujet de ces dernières observations, une remarque importante. Excepté celle du n° 10, où la marche des symptômes est si bien décrite, toutes les autres sont puisées dans des auteurs plus ou moins anciens, et si vous y jetez un coup d'œil, vous serez frappé du laconisme et de l'obscurité des descriptions. Dans l'Observation n° 12, la paralysie est survenue assez rapidement, et n'a été accompagnée de mouvemens spasmodiques que seize jours après; et vous avez vu que l'une était due à un épanchement de sang, et les autres à une inflammation consécutive : ainsi, en résumé, la paralysie produite par inflammation a été caractérisée par les symptômes spasmodiques qui l'ont précédée ou accompagnée quand elle est survenue brusquement, et par sa marche lente et progressive quand ces symptômes ont manqué, ce qui est arrivé très rarement.

Voilà pour la moitié du corps opposée à l'hémisphère affecté; voyons maintenant ce qui s'est passé dans l'autre.

Remarquez d'abord que, dans tous les cas où l'in-

flammation du cerveau n'était pas compliquée de celle de l'arachnoïde, les membres du côté opposé à l'hémisphère sain n'ont été le siége d'aucun phénomène spasmodique, et que toutes les fois qu'on a observé ces phénomènes, il existait une inflammation de l'arachnoïde; on pourrait déjà en conclure que ces symptômes ont été dus à cette dernière affection : mais la question étant importante, et plusieurs observations pouvant faire naître des objctions, nous devons les examiner en particulier.

Les malades des n°s 1, 14 et 20, éprouvèrent d'abord des mouvemens convulsifs dans les deux moitiés du corps, puis une hémiplégie; outre l'inflammation du cerveau, qui existait du côté opposé à la paralysie, on trouva l'arachnoïde enflammée des deux côtés : ceci n'a pas besoin d'explication.

Le malade du n° 13, après une plaie de tête à droite, eut d'abord des convulsions, puis une paralysie à droite, et de l'agitation, des mouvemens spasmodiques à *droite; inflammation gangréneuse* de la dure-mère, *et suppuration du cerveau à droite; inflammation moins intense des méninges* à gauche. Cette inflammation, quoique moins intense à gauche, vous explique cependant suffisamment les symptômes spasmodiques observés dans le côté droit du corps; la chose n'est déjà plus aussi claire dans l'Observ. n° 4.

A la suite d'une *plaie de tête à gauche*, le malade eut, le onzième jour, des convulsions épileptiques *générales*, suivies de paralysie à *droite*, et de mou-

vemens convulsifs à *gauche*. On trouva sous la plaie une suppuration du cerveau et de l'arachnoïde, mais le reste de cette membrane fut regardé comme sain ; cependant on trouva de la sérosité dans les ventricules, à la base du crâne et dans le canal vertébral, ce qui prouve, contre l'assertion de Morgagni, que l'inflammation n'était pas bornée à la portion d'arachnoïde sous-jacente à la plaie, et nous rend compte des convulsions, d'abord générales, ensuite bornées au côté du corps non paralysé. La maladie du n° 5, produite également par une plaie de tête, présente les mêmes circonstances, et fait naître les mêmes réflexions.

Dans tous ces cas, l'inflammation de l'arachnoïde a précédé celle du cerveau, et les symptômes spasmodiques ont existé des deux côtés, jusqu'à ce que l'un des deux ait été paralysé.

Dans les Observations n[os] 9, 11, 12 et 18, les malades ont éprouvé une paralysie accompagnée de mouvemens convulsifs, ou de contraction permanente d'un côté et des symptômes spasmodiques plus ou moins violens, sans paralysie, de l'autre. Outre la suppuration dn cerveau qui existait du côté opposé à la paralysie, on a trouvé une inflammation de l'arachnoïde des deux côtés. Ceci ne présente donc aucune difficulté.

Riom, n° 10, à la suite d'un coup de feu à *droite*, devint peu à peu hémiplégique du côté *gauche ;* après l'opération, qui donna issue au pus

contenu dans le cerveau, le côté droit fut pris de mouvemens convulsifs, *deux abcès dans l'hémisphère droit; inflammation considérable de l'arachnoïde du même côté, très légère à gauche.* L'inflammation de l'arachnoïde du côté droit existait certainement depuis quelques jours; cependant le côté gauche n'a pas été affecté de convulsions, parce que les deux abcès qui existaient dans l'hémisphère sous-jacent avaient déjà produit la paralysie du côté gauche; après l'opération, après le tamponnement de la dure-mère, cette inflammation s'est étendue à l'arachnoïde du côté gauche, et le côté droit du corps fut alors affecté de convulsions. Cette inflammation récente ne laissa, après la mort, que de faibles traces, et il eut été très facile de ne pas y faire attention.

C'est ce qui est arrivé dans l'Observation n° 3. Le malade, à la suite d'une plaie à gauche, eut une paralysie du côté droit, et de quart d'heure en quart d'heure, des mouvemens convulsifs des deux côtés du corps. On parle bien de suppuration du cerveau et de l'arachnoïde du côté de la plaie, mais on ne dit rien de celle du côté opposé. Cette omission s'explique par l'extrême laconisme qui règne dans cette observation, surtout dans la description des altérations pathologiques.

Ainsi, toutes les fois que l'inflammation de l'arachnoïde est survenue spontanément, elle a paru à peu près également prononcée à la surface des deux hé-

misphères; toutes les fois, au contraire, qu'elle a été produite par une lésion extérieure, elle a été beaucoup plus marquée du côté de la plaie que de l'autre; cependant, lorsque les altérations pathologiques ont été décrites avec soin, il a été évident que l'arachnoïde, qui recouvrait l'hémisphère sain, avait participé plus ou moins à l'inflammation très intense qui avait affecté celle qui correspondait à la plaie (n°s 10 et 13), même lorsque les auteurs de ces observations avaient pensé qu'elle était saine (n°s 4 et 5); ce qui prouve jusqu'à l'évidence que dans l'Observation nº 3, et dans une foule d'autres analogues qu'on trouve dans les auteurs, si l'on n'a tenu compte que de la suppuration de l'arachnoïde du côté de la plaie, c'est que cette altération étant plus frappante, a seule attiré l'attention, et que d'ailleurs la suppuration trouvée dans le cerveau, expliquant suffisamment la mort, on a attaché peu d'intérêt à noter une injection vasculaire, une rougeur, une opacité du reste de l'arachnoïde; on n'a pas cru devoir tenir compte de la sérosité épanchée dans la cavité du crâne, ou dans les ventricules, ou infiltrée dans les mailles de la pie-mère; et notez bien que ce n'est que dans les observations tronquées que ces détails manquent. Ces altérations étaient peu remarquables, à la vérité, à côté des autres, mais elles auraient constaté que l'inflammation de l'arachnoïde s'était étendue à la surface de l'hémisphère sain, ce qui eût expliqué

les symptômes spasmodiques observés du côté opposé, et surtout évité des explications absurdes.

Il est donc évident que les convulsions générales qui ont précédé l'hémiplégie, et celles qui n'ont affecté que la moitié du corps non paralysé, ont été dues à l'inflammation de l'arachnoïde, qui a précédé ou accompagné celle du cerveau; dans le premier cas, elle a influé sur les deux hémisphères du cerveau, parce qu'ils étaient sains; dans le second, elle n'a pu avoir d'influence que sur celui qui n'était pas déjà désorganisé par l'inflammation.

On observe la même chose lorsque, par l'effet d'une hémorrhagie cérébrale, ou d'une compression mécanique quelconque, un hémisphère a perdu ses fonctions, et qu'il survient une inflammation de l'arachnoïde; le côté du corps opposé à l'hémisphère affecté, est paralysé; l'autre seul est pris de convulsions.

§. XI. Je vous ai fait remarquer que les symptômes d'inflammation du cerveau différaient de ceux de l'apoplexie en ce que, loin d'être continus et permanens comme eux, ils étaient susceptibles d'augmenter, de diminuer, de varier enfin d'un moment à l'autre; je vous ai fait voir les symptômes spasmodiques alternant avec ceux de paralysie, revenant à des intervalles variables, périodiques ou irréguliers; mais je n'ai pas encore arrêté votre attention sur ces rémissions remarquables par la diminution de presque tous les symptômes, sur ces améliorations soudaines qui semblent présager une

heureuse issue de la maladie, et qu'on prendrait même pour un commencement de convalescence, si elles n'étaient suivies d'une rechute mortelle.

Jetons un coup d'œil rapide sur les observations que nous ont présentées ces phénomènes.

Parmi les malades de la Lettre précédente, celui du n° 1, après avoir offert les symptômes les plus graves et les plus caractéristiques d'inflammation aiguë du cerveau, éprouva pendant vingt-quatre heures une amélioration remarquable ; les sens étaient plus éveillés, l'intelligence moins robuste : il prit du tabac, etc., etc. Le lendemain, retour des accidens ; mort deux jours après. A l'autopsie, *deux ramollissemens, dont l'un avec suppuration commençante, l'autre avec injection sanguine.*

Dans l'Observation de Collado, que je vous ai citée un peu plus loin, §. IV, le malade, après une *rémission marquée*, tomba dans la paralysie, etc. ; la substance cérébrale était, comme dans le cas précédent, *partim ex rubro nigricans, partim purulenta.*

Le malade n° 3 de cette même Lettre, après avoir présenté des symptômes extrêmement graves d'inflammation de l'arachnoïde et du cerveau, était si bien le neuvième jour, qu'il venait de se promener dans la salle, lorsqu'il mourut tout à coup. *Plusieurs petits foyers contenant un pus blanc et fluide dans la substance blanche et le corps strié; ramollissement considérable de la substance cérébrale environnante.*

Marchetti (n° 4, L. 2), après deux espèces d'accès d'épilepsie très graves et survenus coup sur coup, jouit pendant cinq jours d'une santé assez bonne, et mourut dans une troisième attaque, au bout de trente heures. *Abcès du volume d'une grosse muscade, ramollissement considérable de la substance corticale.*

Marie Bourgoin (n° 7, L. 2) éprouva du douzième au seizième jour une amélioration marquée; tous les symptômes fâcheux disparurent, excepté la céphalalgie. Le dix-septième jour, retour des premiers accidens, qui s'étendent aux deux côtés du corps; mort quatre jours après. *Deux ramollissemens, l'un correspondant au côté du cerveau opposé à la moitié du corps primitivement affectée, avec commencement de suppuration; espèce de fluctuation, etc. L'autre, moins avancé, occupant l'autre hémisphère.*

Parmi les maladies dont vous venez de lire les observations, celle du n° 12, après avoir offert des symptômes d'hémorrhagie cérébrale, présenta, le seizième jour, à la suite de l'usage de la noix vomique, tous ceux d'une inflammation aiguë; ils se calmèrent les jours suivans, et reparurent trois jours avant la mort. *Outre une infiltration de sang, abcès, et un peu plus loin, ramollissement très étendu.*

Celui du n° 18 éprouva le dixième jour une amélioration inattendue de presque tous les symptômes; mais le lendemain ils reparurent avec plus d'inten-

sité, et la mort survint peu d'heures après. *Abcès de la grandeur d'un œuf de poulette.*

Le malade du n° 22 éprouva, du treizième au trente-deuxième jour, une amélioration telle qu'il put se promener; tout annonçait une guérison solide, lorsque, le trente-troisième, la céphalalgie, les convulsions, et bientôt l'hémiplégie reparurent; mort le cinquantième. *Collection d'environ trois onces de pus, parois de l'abcès d'un fond jaune, parsemées de granulations purpurines.*

La femme Revoise (n° 23) fut pendant dix jours dans un état continuel d'agonie, après quoi elle éprouva une espèce de résurrection inattendue, pendant laquelle cependant le bras resta paralysé. Au bout de huit jours, rechute accompagnée des symptômes les plus graves; mort sept jours après (cinquante-cinquième). *Abcès considérable, enkysté, substance cérébrale environnante ramollie dans une grande étendue.*

Le malade du n° 24 éprouva, dans le cours de sa maladie, qui fut de trente-trois jours, deux améliorations bien tranchées, suivies d'autant de rechutes, dont la première, annoncée par le retour des convulsions, eut lieu dans le commencement de la maladie, et la dernière, par un état comateux, survenu trois jours avant la mort. *Dans le même hémisphère, trois abcès, dont deux enkystés et contigus, et le troisième récent.*

Enfin, Marie Machelin (n° 30, L. 2), après quatre mois de guérison d'une paralysie incomplète du côté

droit, éprouva une paralysie des membres inférieurs. *Endurcissement particulier d'une petite portion de l'hémisphère gauche, ramollissement en bouillie de deux pouces d'étendue de la moelle cervicale.*

Biriat (n° 31), après une disparition à peu près complète de tous les symptômes, fut trouvé mort dans son lit le cinquantième jour de la maladie. *Endurcissement particulier d'une portion de la substance grise, ramollissement de la substance blanche sous-jacente.*

Il est remarquable que sur ces douze malades, qui ont joui pendant plus ou moins long-temps d'une rémission marquée de presque tous les symptômes, d'une amélioration inespérée, suivie du retour des accidens, nous ayons rencontré chez onze autant d'altérations qu'il y a eu de rechutes, et que l'Observation du n° 18, où l'on n'indique qu'un abcès, est précisément celle où nous avons remarqué tant d'inexactitude dans la description des symptômes. D'ailleurs les ramollissemens du cerveau sont des altérations qui peuvent échapper si facilement à un œil peu exercé ou peu attentif, que cette observation ne peut pas nous empêcher de conclure de toutes les autres, que les véritables rechutes sont dues à de nouvelles inflammations développées, soit autour de la première, soit à quelque distance, soit dans l'autre hémisphère, ou même dans la moelle épinière, tantôt après une véritable résolution de l'inflammation (n°s 30 et 31), tantôt après une terminaison par suppuration. Dans tous les cas, les différentes

altérations portent des caractères de *récense* ou d'ancienneté, qui prouvent qu'ils appartiennent à des époques différentes de la maladie, ou plutôt à des inflammations d'une date différente.

Il n'est pas difficile d'expliquer la diminution et la disparition des symptômes, quand l'inflammation se termine par résolution; mais comment s'en rendre compte dans les autres cas? Je vous ferai remarquer d'abord que, dans aucune des observations de la première Lettre, il n'est question de ces améliorations spontanées et prolongées, qui semblent annoncer une convalescence prochaine, et que cette première Lettre ne contient que des observations de ramollissemens avec injection sanguine, altération que nous avons regardée comme produite par une inflammation dans sa période de *crudité*. Dans tous les cas que je viens de vous rappeler, il y avait ramollissement, avec commencement de suppuration, réunion de pus en petits foyers plus ou moins nombreux, ou des abcès bien circonscrits et même environnés d'un commencement de kyste.

Dans les inflammations phlegmoneuses, au moment où la suppuration commence à s'établir, les malades éprouvent ordinairement un soulagement notable; non seulement la douleur diminue, mais encore on remarque une espèce de détente générale et locale; la partie enflammée devient moins rouge, moins engorgée, moins tendue; la tumeur s'affaisse, le centre seul devient plus saillant, à me-

sure que le pus s'y rassemble et que la fluctuation se prononce ; en un mot, la fluxion inflammatoire cesse. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans les inflammations du cerveau ? Toutes nos observations prouvent que l'analogie est complète.

Je vous ai déjà donné une idée de l'énorme turgescence que la fluxion inflammatoire pouvait produire dans la substance cérébrale, par la quantité considérable de cerveau qui sortait du crâne, lorsque ce gonflement pouvait s'opérer librement au dehors. Vous avez vu que, dans ces différens cas, les malades exempts de somnolence, de stupeur, avaient conservé plus ou moins l'usage de leurs sens et de leur intelligence. Or, sans avoir besoin de supposer que le pus occupe moins de place lorsqu'il commence à se réunir en foyer, que quand il est disséminé, infiltré dans la substance cérébrale, il suffit de se rappeler qu'à mesure que la suppuration s'opère, la fluxion inflammatoire diminue, et avec elle le gonflement, la tension de la partie enflammée, pour concevoir qu'alors l'hémisphère sain étant moins comprimé, les portions saines de l'hémisphère affecté étant moins tuméfiées, le malade peut sortir de cet état comateux où il était plongé, se réveiller pour ainsi dire, reprendre plus ou moins l'usage de ses sens et de sa raison, comme dans les cas de plaie pénétrante, avec perte de substance, où l'on est forcé, par la gravité des accidens, d'enlever les pièces d'appareil destinées à empêcher l'issue du cerveau ; et remarquez

bien que cette amélioration, que nous avons observée dans ces cas de suppuration, a porté sur la somnolence, sur l'exercice des sens et de l'intelligence, symptômes qui manquaient dans les cas d'issue du cerveau hors du crâne; que nous avons, à cause de cela, attribués au gonflement et à la compression de cet organe, et appelés symptômes généraux. Les membres du côté opposé sont d'abord restés paralysés pendant plus ou moins de temps; mais quand le pus s'est concentré davantage, s'est réuni en foyer; quand l'inflammation s'est dissipée, les parties saines de l'hémisphère malade sont rentrées peu à peu dans leurs fonctions; l'altération ainsi circonscrite est devenue tout-à-fait locale; le pus alors a agi comme un véritable corps étranger, analogue aux kystes hydatiques, aux tumeurs fibreuses, scrophuleuses, etc. Et puisque ces corps étrangers ne sont pas incompatibles avec les fonctions du cerveau, au moins dans l'intervalle des accès, pourquoi n'en serait-il pas de même des collections purulentes, lorsque la congestion inflammatoire est passée? Vous verrez qu'en effet les abcès enkystés se comportent de la même manière.

On croit généralement que le moment où la suppuration s'établit, est celui de la plus grande intensité des symptômes; et l'on attribue la paralysie, le coma, etc., à la compression produite par le pus épanché; mais la paralysie existe dans les cas où l'on ne rencontre encore qu'un ramollissement avec in-

jection sanguine; et, comme vous venez de le voir, les symptômes généraux diminuent ou cessent quelquefois entièrement à cette époque, que les anciens ont appelée période de coction : c'est donc une double erreur, contre laquelle les praticiens doivent être en garde pour établir leur pronostic.

Je ne puis trop le répéter, dans l'étude des inflammations aiguës du cerveau il ne faut pas seulement tenir compte de l'altération souvent très circonscrite qu'on trouve après la mort; mais il faut encore avoir égard à la congestion sanguine qui a dû l'accompagner pendant la vie, et dont elle n'est plus qu'une preuve après la mort.

Abstraction faite de toute explication, ces faits sont très importans pour la pratique; ils vous prouvent d'abord combien il faut être réservé dans le pronostic des inflammations du cerveau, lorsque tout semble annoncer une convalescence franche, je dirai même une guérison solide. Ils vous montrent avec quelle facilité une nouvelle inflammation succède à une première; combien par conséquent le médecin doit être sévère dans les convalescences, pour éloigner toutes les causes de rechutes. Mais n'existe-t-il point de caractères propres à faire distinguer ces convalescences trompeuses de celles qui sont dues à la résolution de l'inflammation ?

L'époque à laquelle se manifeste l'amélioration des symptômes est une circonstance fort importante à considérer; nous avons vu que la suppuration s'éta-

blissait de la fin du premier septenaire à la fin du second, et qu'après le trentième jour on commençait déjà à découvrir à la surface du foyer les premiers rudimens d'un kyste. Tant que la suppuration n'est pas formée on peut espérer la résolution de l'inflammation ; mais quand elle est réunie en foyer il est difficile d'en espérer l'absorption, à plus forte raison quand on a lieu de croire qu'une membrane s'est organisée autour du pus. Ce n'est donc plus alors qu'un calme trompeur qui peut durer des mois et mêmes des années, comme nous le verrons en parlant des abcès enkystés ; la présence du pus est une cause permanente d'irritations qui se succèdent et tôt ou tard amènent la mort. Ces considérations doivent être ajoutées à toutes celles que nous avons déjà fait valoir pour engager les praticiens à agir vigoureusement dès les premiers instans (*Voyez* les Obs. de guérison à la fin de la Lettre précédente).

La persistance de la céphalalgie doit faire suspecter la convalescence ; son retour annonçant presque infailliblement une nouvelle inflammation, doit faire recourir aussitôt à un traitement antiphlogistique énergique.

La persistance de la paralysie, après le retour des facultés intellectuelles, doit faire présumer une suppuration du cerveau, ou du moins une altération profonde de son tissu. Le retour du plus léger symptôme spasmodique est déjà, dans ce cas, un symptôme grave qui ne tarde pas à être suivi de la paralysie, etc.

§. XII. Je n'ai pas cru pouvoir me dispenser de vous présenter ce résumé exact des observations de suppuration, quoiqu'il fût en tout point conforme à l'examen que nous avons fait de tout ce qui concerne les ramollissemens du cerveau. Si c'est une répétion, elle est excusable par l'importance que j'ai dû attacher à vous démontrer l'identité de la cause qui a produit ces différentes altérations. Je me suis dispensé de revenir sur les questions que j'avais déjà discutées : j'en ai abordé d'autres dont je n'avais encore pu m'occuper, parce que je ne voulais pas devancer les faits. Après les détails dans lesquels je suis entré à l'occasion de chaque symptôme en particulier, il serait inutile de vous tracer ici un tableau complet de l'inflammation du cerveau, à la manière des nosologistes. Je dois seulement vous rappeler les principaux traits auxquels vous pourrez la distinguer des inflammations de l'arachnoïde et des hémorrhagies cérébrales, avec lesquelles elle a plus d'affinité.

D'abord je dois vous faire remarquer qu'on peut les distinguer dès le moment de leur début, je dirai même qu'elles n'offrent de caractères bien tranchés que dans leur première période ; à mesure qu'elles s'aggravent, les traits distinctifs s'effacent, elles se terminent toutes par une paralysie plus ou moins générale, plus ou moins complète, du sentiment et du mouvement, une abolition des fonctions des sens et de l'intelligence, un état comateux, en un mot une prostration générale de toute l'économie;

ce sont donc les premiers symptômes qu'il est important de bien étudier, de même que c'est au début de la maladie qu'il est plus urgent d'agir avec énergie.

Les symptômes spasmodiques produits par l'inflammation de l'arachnoïde affectent les deux côtés du corps peut-être quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent; ils sont ordinairement accompagnés de délire, et jamais de paralysie : ceux qui sont dus à l'inflammation du cerveau, se bornent à la moitié opposée du corps et quelquefois à la face et au bras; ils ne sont pas accompagnés de délire, et sont très promptement suivis de paralysie. Quand l'inflammation du cerveau succède à celle de l'arachnoïde, après les symptômes qui caractérisent la première, la paralysie s'empare d'un côté du corps, et y remplace les phénomènes spasmodiques; les convulsions continuent dans l'autre moitié, sans paralysie. Si l'inflammation de l'arachnoïde succède à celle du cerveau, tout reste dans le même état du côté du corps primitivement affecté, et l'autre est pris de mouvemens convulsifs sans paralysie. On n'observe presque jamais alors de délire.

La paralysie produite par l'inflammation du cerveau se distingue de celle qui dépend d'une hémorrhagie, par les phénomènes spasmodiques qui la précèdent ou l'accompagnent quand elle survient brusquement, et par la lenteur de sa marche, la céphalagie, la douleur des membranes paralysées, etc., quand ces phénomènes spasmodiques manquent.

Lorsque l'inflammation du cerveau succède à l'hémorrhagie et que l'épanchement n'est pas assez considérable pour anéantir les fonctions de cet organe, on observe quelques jours après une paralysie survenue plus ou moins brusquement, des symptômes spasmodiques dans les membres paralysés : si une inflammation de l'arachnoïde s'y joint encore, les membres du côté non paralysé sont eux-mêmes affectés de mouvemens convulsifs.

Quand une nouvelle inflammation succède à une première, si c'est dans l'autre hémisphère, on observe dans la moitié du corps restée saine, les mêmes phénomènes que dans celle qui avait été primitivement affectée, et les premiers symptômes n'en sont point influencés; si c'est dans le même hémisphère, les symptômes spasmodiques reparaissent, et la paralysie augmente, lorsque la première inflammation n'a produit qu'une altération peu considérable du cerveau, et n'a laissé par conséquent qu'une légère paralysie. Ce cas est absolument le même que celui des hémorrhagies peu intenses qui sont suivies d'inflammation ; seulement la première maladie présente dans l'un et l'autre cas les caractères qui lui sont propres. Quand la première inflammation a déjà produit une altération profonde du cerveau, la rechute n'est caractérisée que par une augmentation de tous les symptômes, un état comateux, un collapsus général; comme quand l'inflammation succède à une hémorrhagie considérable.

§. XIII. Le pronostic des inflammations du cerveau doit varier suivant une foule de circonstances que nous allons examiner; mais en général on conçoit que l'inflammation aiguë d'un organe dont les fonctions sont si importantes, dont la texture est si délicate, est toujours une maladie très grave. Cependant il s'en faut beaucoup qu'elle soit aussi constamment fatale qu'on pourrait l'imaginer, et que beaucoup d'auteurs l'ont cru. Tous les praticiens qui, dans ces dernières années, ont recueilli des observations de ramollissement du cerveau, pensent que cette maladie se termine presque toujours par la mort. Comme les ramollissemens sont produits par l'inflammation du cerveau, il s'ensuivrait que cette maladie serait essentiellement mortelle; heureusement il est facile de démontrer que c'est une erreur, et d'en indiquer la source.

Je vous ai rapporté dans la Lettre précédente plusieurs observations dans lesquelles la maladie, après avoir offert les symptômes les plus graves et les plus caractéristiques *du ramollissement*, s'est terminée par la guérison. Les fastes de la chirurgie contiennent une foule d'exemples de plaies de tête accompagnées de délabrement considérable du cerveau et suivies des accidens les plus graves auxquels cependant les malades ont échappé. D'un autre côté les ramollissemens du cerveau n'ont guère été observés que chez des individus d'un âge déjà avancé, parce que chez eux la mort est arrivée avant que l'inflammation ait pu pro-

duire la suppuration, c'est-à-dire parce qu'ils étaient dans des circonstances défavorables pour résister à la maladie : première cause de mortalité. Cet âge des malades, une apparence de faiblesse, due à la paralysie et surtout à sa marche lente et progressive, le *ramollissement* de l'organe affecté qu'on regardait comme un état opposé à celui que produit l'inflammation; tout a concouru à faire considérer cette altération comme le résultat d'une maladie d'une nature tout-à-fait opposée à celle des inflammations, c'est-à-dire asthénique; et l'on a traité presque tous les malades par les émétiques, les dérivatifs extérieurs, les toniques et même les stimulans diffusibles les plus énergiques, tels que l'acétate d'ammoniaque, le vin, le café, le camphre, etc.

Vous trouverez dans les ouvrages de chirurgie des observations presque incroyables de guérison de plaies du cerveau accompagnées des circonstances les plus effrayantes, et vous verrez qu'on a pratiqué dans ce cas jusqu'à douze, quinze et même vingt saignées dans l'espace de quelques jours; d'après ce que j'ai vu ou lu, je suis convaincu que si les chirurgiens militaires guérissent tant de plaies de tête graves, malgré les circonstances les plus défavorables, ils le doivent aux abondantes et fréquentes évacuations sanguines dont ils font usage. Si vous jetez les yeux sur les observations de guérison que je vous ai rapportées, vous verrez que ce sont les seules dans lesquelles on ait employé

un traitement antiphlogistique et dérivatif énergique et sans mélange. Après cela étonnez-vous de la différence des résultats obtenus par des traitemens si opposés. Lorsqu'on emploiera pour les inflammations spontanées du cerveau le traitement suivi dans les cas de lésions traumatiques, on en obtiendra des résultats analogues, et probablement plus satisfaisans encore, parce que le désordre sera souvent moins considérable. Je ne crains pas d'avancer que quand on les connaîtra mieux, et qu'on les traitera dès le début d'une manière plus rationnelle, on en guérira autant qu'on guérit aujourd'hui de pneumonies aiguës et récentes.

Il existe sous ce rapport une très grande différence entre l'encéphalite et l'hémorrhagie cérébrale : l'une, traitée convenablement dans les premiers jours, peut se terminer très promptement par résolution, sans laisser aucune trace de paralysie ni d'altération des fonctions intellectuelles ; l'autre au contraire, si elle n'est pas prévenue, laisse dans la substance cérébrale un caillot qui, s'il ne cause pas la mort, permet au moins très rarement le retour plein et entier de toutes les fonctions, quel que soit le traitement qu'on emploie. Je ne puis pas établir de proportions entre la gravité de ces deux maladies, mais la différence est certainement très grande.

Quant aux circonstances qui doivent influer sur le pronostic, vous avez vu que la durée de la maladie était en général proportionnée à l'intensité des symp-

tômes spasmodiques. Lorsqu'ils ont été très violens, la mort a été très prompte, elle est même une fois survenue subitement et avant que la paralysie ait eu le temps de se manifester (n° 7); dans les cas où la paralysie a marché d'une manière lente et progressive, la maladie a été plus longue et accompagnée de rémissions, etc.

Cependant cette marche lente de la paralysie ne doit point en imposer au médecin; il faut qu'il se garde bien, par exemple, de traiter légèrement un engourdissement du bras ou de la main, une faiblesse des muscles de la moitié du cou, une espèce de pesanteur, de lassitude d'un côté du corps, surtout si ces symptômes sont accompagnés de céphalalgie, d'assoupissement, d'un sentiment de formication le long des nerfs, d'une douleur sourde ou lancinante dans la profondeur des membres : enfin il ne doit plus avoir de doute sur la nature et la gravité de la maladie lorsqu'il remarque en même temps du trouble dans les idées, un affaiblissement de la mémoire et des autres fonctions intellectuelles, un regard mal assuré, du strabisme, de l'embarras dans la parole, un aspect stupide dans le visage et une légère déviation de la bouche, pour peu que les muscles de la face entrent en contraction. Cette apparente bénignité des premiers symptômes qui peut durer pendant plusieurs jours, ne doit pas faire partager au médecin la sécurité de ceux qui entourent le malade; il faut qu'il insiste sur la gravité de la maladie, non

seulement pour mettre sa réputation à couvert, mais encore pour que tous les moyens énergiques qu'il a besoin de prescrire soient fidèlement exécutés. Qu'il se hâte surtout, qu'il se hâte s'il veut être utile, de les employer avec une inflexible fermeté. Quand le plus léger symptôme de paralysie paraît, le cerveau est déjà altéré, c'est le moment d'agir avec avantage, il ne faut pas le laisser échapper; plus tard il ne sera plus temps d'enrayer la marche de la désorganisation.

Si l'absence des symptômes spasmodiques doit faire présumer que la maladie suivra une marche moins rapide, il ne s'ensuit pas qu'elle soit moins dangereuse : car si l'inflammation est moins franchement aiguë, cela tient à l'âge, à la constitution des individus, etc.; et ces circonstances, qui sont peu favorables au développement de l'inflammation, laissent aussi peu de ressources à la nature et à l'art pour la combattre.

Il ne faut pas croire cependant que l'âge avancé, l'absence des symptômes spasmodiques, la pâleur de la face, etc., doivent arrêter dans l'emploi des évacuations sanguines, et faire recourir aux toniques; seulement il faut insister davantage sur les applications de glace, sur les dérivatifs internes et externes; tirer moins souvent du sang et moins à la fois, remplacer, par exemple, la saignée par les sangsues au cou.

Dans les cas où la paralysie est accompagnée de

roideur comme tétanique, de mouvemens convulsifs violens, il faut prédire une marche plus rapide et une terminaison plus prompte en bien ou en mal; mais de tous les cas c'est le plus favorable à la guérison, les saignées très copieuses répétées trois ou quatre fois par jour, aidées de la glace, font avorter l'inflammation avant que le cerveau soit désorganisé; ici les dérivatifs internes ou externes sont moins utiles, il faut surtout prendre garde de les employer trop tôt. Il faut savoir aussi qu'une saignée poussée jusqu'à la syncope produit plus d'effet que deux ou trois médiocres.

Dans toutes les observations de guérison que nous avons rapportées, les symptômes spasmodiques existaient encore quand on a commencé le traitement. Quoique M. Remy (n° 28, L. 2) fût dans un état d'agonie quand je lui appliquai de l'eau bouillante aux jambes et aux cuisses, les membres paralysés étaient fléchis, le bras et les doigts avaient conservé une roideur assez remarquable; la persistance du moindre symptôme spasmodique dans les parties paralysées est donc d'un favorable augure, elle annonce en effet que l'hémisphère enflammé jouit encore d'une partie de ses fonctions.

Quand la paralysie a été précédée ou accompagnée de symptômes spasmodiques très énergiques, et qu'ils n'existent plus, la chance de succès est beaucoup moindre; il est probable que le cerveau est déjà profondément altéré; les évacuations sanguines ne sont plus d'une efficacité aussi prompte, ni aussi du-

rable, il faut insister long-temps sur l'emploi de la glace et des dérivatifs permanens, comme vésicatoires, cautères, moxas, etc.

Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est moins fâcheux, quand les mouvemens convulsifs ou la paralysie sont bornés à un côté de la face, du cou ou des membres supérieurs, que quand ces symptômes s'étendent à toute la moitié du corps; quand la paralysie ne porte que sur les mouvemens volontaires, que quand la sensibilité est éteinte dans les membres supérieurs, et, à plus forte raison, dans les inférieurs; quand un seul côté du corps est affecté, que quand tous les deux le sont simultanément ou successivement, soit qu'il existe deux inflammations, soit qu'elle ait son siége dans la protubérance annulaire ou la moelle allongée.

L'inflammation du cerveau étant nécessairement moins grave quand elle est simple que quand elle est compliquée, lorsque les symptômes qui lui sont propres se manifestent après le délire, les mouvemens généraux, etc., ou que la moitié du corps qui était restée libre est ensuite prise de symptômes spasmodiques, c'est-à-dire lorsqu'une inflammation de l'arachnoïde a précédé, accompagné ou suivi celle du cerveau, le danger est plus grand. Il en est de même lorsqu'une hémiplégie, survenue brusquement, est suivie, après un temps plus ou moins long, de symptômes spasmodiques, qui indiquent que l'inflammation est survenue après une hémorrhagie. On doit en

dire autant des autres complications : l'apparition de tout symptôme indépendant des mouvemens volontaires de la sensibilité et de l'intelligence, annonçant l'affection d'un autre organe, est un épiphénomène dont il faut tenir compte.

L'intégrité des fonctions intellectuelles est d'un heureux augure; mais le délire n'est pas un symptôme aussi fâcheux qu'un calme apparent, produit par un état de somnolence, de coma profond, dans lequel le malade, comme stupide, se montre indifférent à tout, perd la mémoire et l'intelligence; quand le délire reparaît, au moment où le malade sort de cet état soporeux, c'est un bon signe, il est toujours accompagné d'une rémission dans les autres symptômes, il annonce le retour d'une partie des fonctions du cerveau, par conséquent une diminution dans la fluxion inflammatoire. Il en est de même de la céphalalgie qui revient après avoir cessé par l'augmentation de la maladie.

Quand le malade rend involontairement ses matières fécales, quand il ne sent plus l'impression de l'urine sur sa vessie, qu'il la rend goutte à goutte, et par regorgement, c'est-à-dire parce que la vessie ne peut plus se distendre davantage, la mort est à peu près certaine; je n'ai vu échapper aucun des malades qui répandaient autour d'eux l'*odeur de souris*, dont je vous ai plusieurs fois parlé.

Lorsque la paralysie commence à envahir la moitié du corps restée libre, il faut s'attendre à voir mourir

le malade au bout de quelques jours. Dès le moment où la respiration commence à s'embarrasser par l'engouement des bronches et à exiger un effort un peu marqué des muscles de la poitrine, il est probable qu'il ne passera pas vingt-quatre heures.

Toutefois il faut encore tenir compte du traitement qui a été suivi antérieurement ; quel que soit l'état désespéré du malade pour lequel vous êtes appelé, s'il a été traité par les toniques, les stimulans diffusibles, les antispasmodiques, etc., tout n'est pas entièrement désespéré, et votre espoir doit être d'autant plus grand que le traitement antérieur aura été plus incendiaire ; mais votre conduite ne sera pas la même dans tous les cas ; elle dépendra de l'état du malade : si, par exemple, vous ne sentez plus les battemens du pouls, si la peau est couverte d'une sueur froide et viqueuse, etc., hâtez-vous d'abord de ranimer un souffle de vie prêt à s'éteindre, à l'aide des dérivatifs les plus prompts et les plus énergiques, comme l'eau bouillante, d'arrêter la fluxion par l'application de la glace sur la tête. (*Voyez*, au reste, l'Observation n° 28, Let. 2.)

Lorsqu'après les symptômes les plus alarmans, la maladie semble s'arrêter tout à coup et marcher rapidement vers la guérison, lors même que tout semble annoncer une convalescence franche, gardez-vous cependant de prononcer que le malade est hors de danger ; votre pronostic pourrait être démenti à l'instant même par une mort subite, que rien ne

pouvait faire prévoir ; les observations de ce genre sont très nombreuses, et d'ailleurs la sécurité que ce pronostic doit inspirer peut être la cause d'imprudences fatales. Cependant lorsque dans les douze ou quinze premiers jours une amélioration progressive suit de près un traitement bien dirigé, on peut raisonnablement l'attribuer à la résolution de l'inflammation. Plus elle survient tard, plus il est probable qu'elle tient à l'état de calme, de détente, qui accompagne ordinairement la période de *coction*, pendant laquelle s'établit la suppuration ; mais dans tous les cas, lorsque la céphalalgie persiste, malgré la diminution des autres symptômes, il faut craindre une rechute ; lorsqu'après avoir cessé elle reparaît, la rechute est imminente, et le plus léger retour des symptômes spasmodiques qui survient après, en est déjà le sinistre avant-coureur. Dès ce moment il n'est guère permis de conserver quelque espoir de salut.

Après la guérison la plus solide, il est important d'éloigner des malades tout ce qui pourrait déterminer une congestion sanguine vers le cerveau, une première affection cérébrale devant faire craindre une disposition naturelle, et étant par elle-même une cause prédisposante à une seconde.

Le nommé Megnhyel, dont je vous ai rapporté l'observation (Let. 2, n° 25), en est une preuve toute récente; vous avez vu que le cinquième jour, sa convalescence fut complète, et que le huitième, il reprit ses travaux et son appétit; très probablement

aussi qu'il reprit ses anciennes habitudes, et continua à s'enivrer comme de coutume. Je viens d'apprendre par le docteur Deslande, qui l'avait traité avec tant de succès, que trois mois après il a été pris d'une apoplexie foudroyante, à laquelle il avait succombé en un quart d'heure, en sorte qu'il n'existait déjà plus quand ce praticien est arrivé; malheureusement il ne put obtenir, malgré toutes ses instances, d'examiner le cerveau.

§. XIV. Dans la plupart des observations que j'ai rapportées dans cette Lettre, le traitement n'est pas indiqué; dans les autres, il a été antiphlogistique, quand les symptômes se sont montrés à la suite de plaies de tête, et plus ou moins excitant, quand ils sont survenus spontanément. Vous avez vu que l'émétique avait plusieurs fois aggravé les accidens, et que Petit se repentit de l'avoir administré, lorsqu'il pensa que sa malade avait une inflammation du cerveau.

Les remarques relatives au traitement, qui m'ont été suggérées par les observations des deux premières Lettres et de celle-ci, suffisent pour le moment; je n'entrerai pas dans de plus grands détails à cet égard, parce que je serais obligé d'y revenir en parlant des inflammations de l'arachnoïde. Il est seulement un point sur lequel je dois insister, afin de détruire le doute que pourrait laisser dans votre esprit l'opinion de Desault, mal interprétée. J'ai cherché à vous faire voir les dangers de l'administration de l'émétique à la dose ordinaire, et à plus forte raison

à haute dose, dans les inflammations du cerveau. J'ajouterai à tout ce que je vous ai dit à ce sujet, que M. Ducrot, dont je me plais à vous citer l'excellente Dissertation, craint tellement les fâcheux effets des vomitifs, dans la *céphalite*, à cause de leur influence pernicieuse sur la marche des symptômes, qu'il les proscrit même dans les cas où elle est compliquée d'embarras gastrique, etc.; vous savez cependant quel avantage Desault a retiré dans sa pratique, de l'emploi de l'émétique dans les plaies de tête, et avec quelle espèce d'enthousiasme il en parle. La haute opinion qu'il en avait conçue était sans doute exagérée, mais elle était fondée sur une longue expérience.

Cette opposition tranchée dans les résultats obtenus par le même médicament, s'explique naturellement par la dose à laquelle il a été administré. Desault en prescrivait ordinairement un grain, dissous dans une pinte de liquide, que le malade prenait dans le courant de la journée; il avait l'intention non pas de provoquer des vomissemens, mais d'entretenir le ventre libre, de déterminer quelques selles dans les vingt-quatre heures.

Le docteur Morel, dans sa traduction du Traité des Plaies de tête de Richter, dit dans une note, page 173, qu'étant élève de Desault, et ayant suivi long-temps la pratique de ce grand chirurgien, cinq années d'expérience lui ont appris que le succès de l'émétique dans les plaies de tête ne doit pas être

attribué aux vomissemens qu'il détermine; qu'il a vu souvent, au contraire, les accidens s'exaspérer par les vomitifs proprement dits : ces résultats sont donc conformes à ceux dont nous avons parlé.

En employant l'émétique à très petite dose, on produit d'une manière à peu près continue, une irritation modérée sur une vaste surface de membranes muqueuses; on obtient le même effet qu'avec tous les autres dérivatifs; c'est une espèce de large vésicatoire interne : reste à savoir maintenant si ce mode de dérivation est préférable aux autres. Ceux qui sont pour l'affirmative se fondent sur la grande sympathie qui existe entre les organes digestifs et le cerveau, sympathie au moyen de laquelle l'effet dérivatif doit être plus énergique; mais s'il est certain que très souvent l'inflammation aiguë des organes digestifs amène consécutivement celle du cerveau et de ses dépendances, n'est-il pas à craindre qu'elle l'augmente encore quand elle existe déjà? On répondra peut-être que non, parce qu'on produit une irritation plutôt qu'une inflammation aiguë de la membrane muqueuse. Sans examiner jusqu'à quel point on peut graduer, à volonté, l'effet qu'on veut produire sur l'estomac et les intestins, je répondrai qu'on ne peut déplacer une inflammation par une autre, que quand celle qu'on détermine est plus forte que celle qui existait, sans quoi elle ne fait que l'aggraver : il faudra donc que l'action de l'émétique soit très énergique, ou que l'inflammation du cerveau soit peu intense. Desault employait l'émétique dès le dé-

but, et même avant l'apparition des premiers symptômes; il agissait avant que l'inflammation ait eu le temps de s'établir et d'acquérir de l'intensité : il a donc pu facilement la détourner; voilà ce qui explique les nombreux succès qu'il en a obtenus. Mais, dans le traitement des maladies qui se développent spontanément, on ne peut administrer de médicamens avant l'apparition des symptômes, et le plus souvent la maladie est déjà très grave quand le médecin est appelé; or, vous ne pouvez pas provoquer sans danger une forte inflammation gastro-intestinale; il faut donc commencer par diminuer le plus possible celle du cerveau, à l'aide des saignées copieuses, de la glace, etc.; mais quand on en est venu à ce point, ne vaut-il pas mieux employer des lavemens purgatifs, des vésicatoires ou tout autre dérivatif externe, que de s'exposer, en donnant l'émétique, à produire contre son gré des efforts de vomissemens qui peuvent amener une rechute; car on peut donner au malade une trop grande quantité de liquide à la fois, ou son estomac peut être habituellement ou devenir momentanément très susceptible. Quoi qu'il en soit, si vous vous décidez à l'employer dans les cas d'inflammation du cerveau, ne le faites que dans les circonstances favorables et avec les précautions convenables.

§. XV. En analysant les symptômes d'inflammation du cerveau, je me suis contenté de raisonner d'après les faits bien observés que j'avais sous les yeux; j'ai fait abstraction des opinions des auteurs, parce

qu'elles n'auraient pu que compliquer encore davantage des questions qui par elles-mêmes exigeaient déjà beaucoup d'attention. La discussion de ces faits m'a conduit à des conséquences qui diffèrent toutes plus ou moins des idées généralement reçues. Il me reste maintenant à vous montrer comment ces idées se sont établies, et quelles sont les erreurs d'observation qui les ont entretenues.

La séparation de la médecine et de la chirurgie a toujours été l'obstacle le plus puissant qui se soit opposé aux progrès de la pathologie; mais c'est principalement sur l'étude des affections cérébrales qu'elle a eu la plus fâcheuse influence. Les médecins faisant peu d'ouvertures de corps ont regardé comme des maladies essentielles les symptômes d'inflammation du cerveau et de l'arachnoïde, lorsqu'ils se manifestaient spontanément, et leur ont donné des noms différens, d'après l'ensemble qu'ils présentaient, ou la prédominance de quelques uns d'entre eux. (Nous reviendrons sur ces fièvres essentielles, après avoir étudié les inflammations de l'arachnoïde.) Par la même raison, ils ont puisé dans les ouvrages de chirurgie les observations d'inflammation du cerveau qui ont servi de bases à leurs opinions sur cette maladie, et à la description qu'ils nous en ont laissée. Je vous ai fait voir que Morgagni lui-même ne parlait des inflammations du cerveau qu'au sujet des plaies de tête, et qu'il rapportait au chapitre des apoplexies les observations de suppu-

ration du cerveau qui n'avaient pas été précédées de lésion extérieure. Mais ces observations chirurgicales, consultées par les médecins, étaient recueillies dans un autre but, et par conséquent envisagées sous un autre point de vue. Les chirurgiens trop occupés de plaies, de fractures, etc., ont décrit avec un soin minutieux toutes les circonstances de la maladie extérieure. Ils ont dû chercher à déterminer s'il fallait ou non réappliquer les lambeaux, réunir par première intention, trépaner, etc., où, quand et comment il fallait appliquer le trépan. Des discussions se sont élevées sur tous ces points, et les observations particulières n'ont été recueillies pendant des siècles que pour soutenir telle ou telle opinion, relative au traitement local des plaies de tête. Aussi manquent-elles des détails les plus importans, sous le rapport des symptômes et des altérations pathologiques; aussi la plupart sont-elles tellement tronquées qu'elles ne peuvent servir en rien aux progrès de la pathologie. D'un autre côté, les inflammations du cerveau survenues à la suite de plaies de tête, sont toutes plus ou moins compliquées, ce qui a fait confondre les symptômes essentiels avec ceux qui ne sont qu'accessoires. En résumé, les médecins qui ont écrit sur les inflammations du cerveau, ont emprunté sans examen aux chirurgiens des matériaux qu'ils avaient façonnés pour un autre édifice, et les chirurgiens, dans les cas où la maladie n'avait pas été produite par cause externe, on reçu de confiance, des médecins, leurs fièvres essentielles. Heureux

échange auquel nous devons les erreurs qui se sont propagées jusqu'à nous !

§. XVI. *In phrenitide*, dit Meibomius, *ipsa cerebri substantia non inflammatur.* (Exerc. de Obs. rarior. Coroll. 4.) M. Ducrot pense aussi que le délire dépend de l'inflammation de l'arachnoïde ; mais en général c'est le symptôme qu'on a regardé comme le plus caractéristique de l'inflammation du cerveau. L'erreur commune ne vient pas seulement de ce que l'arachnoïde n'étant pas le siége des fonctions intellectuelles, on a été porté à croire que son inflammation ne pouvait avoir aucun rapport avec l'exaltation, le dérangement de ces mêmes fonctions; ce qui a véritablement induit en erreur, c'est qu'on a toujours choisi, pour étudier les inflammations du cerveau, des observations chirurgicales, et vous avez vu que dans les cas de lésion extérieure, l'inflammation de l'arachnoïde précède ordinairement celle du cerveau de plusieurs jours, comme le prouvent les mouvemens convulsifs des deux côtés du corps, l'agitation, etc., qui précèdent les premiers symptômes de paralysie : il n'est donc pas étonnant que le délire précédant et accompagnant ces symptômes spasmodiques, cessant en même temps qu'eux, ait été attribué comme eux à l'inflammation du cerveau, et qu'on ait regardé la paralysie qui survenait ensuite, comme le résultat de la compression produite par le pus épanché à la surface de l'arachnoïde ou dans la substance du cerveau.

§. XVII. Il est inutile de revenir sur ce qui a rapport à la fièvre; il me suffira de vous rappeler que dans toutes ces observations on n'a pas tenu compte de l'inflammation des tégumens du crâne et de l'arachnoïde, des erreurs de régime, qu'enfin l'on n'a ordinairement ouvert que la tête.

§. XVIII. C'est au sujet des convulsions et de la paralysie que se sont élevées les discussions les plus vives et les plus nombreuses. Il serait aussi ennuyeux qu'inutile de vous rappeler ici les différentes opinions des auteurs, les observations particulières sur lesquelles ils les fondent, et les théories au moyen desquelles ils expliquent ces faits. Pour sortir de ce véritable dédale, j'examinerai ces opinions en elles-mêmes, en vous citant seulement les noms les plus fameux et les faits les plus saillans.

Pour remonter jusqu'à la source, nous trouvons dans les ouvrages du père de la médecine, plusieurs observations de plaies de tête qui ont été suivies de convulsions; dans celle d'Autonome en Omile (épidémies, L. 5, n° 27, Foës), la pierre avait frappé le milieu de la fontanelle; il survint des convulsions dans les deux mains, *car*, dit Hippocrate, *la plaie occupait le milieu de la tête et du sinciput.* Ἐν μέσῳ γὰρ εἶχε της κεφαλῆς καὶ τοῦ βρέγματος τὸ ἕλκος. Dans celle de cette servante qui fut frappée à la tête par une porte (*voyez* le paragraphe 28), *des convulsions se manifestèrent dans la main gauche*, dit-il en terminant; *car la plaie était située principalement à droite.* Σπασμὸς δὲ χεῖρα τὴν

ἀριστερὴν ὑπελάμβανεν, ἐν γὰρ τοῖσι δεξιοῖσι μᾶλλον εἶχε τὸ ἕλκος.

D'après ces deux observations et plusieurs autres passages (1), il est évident qu'Hippocrate regarde comme une chose naturelle que les convulsions se manifestent des deux côtés, quand la plaie de tête se trouve sur la ligne médiane, et dans les autres cas, du côté du corps, opposé au côté de la tête qui a été frappé. Il s'est en cela renfermé dans l'expression pure et simple des faits, et ils sont encore aujourd'hui ce qu'ils étaient autrefois. Mais les commentateurs ont eu tort d'abord d'en faire une règle générale, et plus grand tort encore d'attribuer les convulsions à l'inflammation du cerveau. Les faits sur lesquels ils s'appuient sont en très grand nombre, mais tous sont plus ou moins semblables à ceux d'Hippocrate.

Baillou, qui a écrit dans le même sens, a pris pour texte de son Traité des Convulsions cette question qu'il s'est proposée de résoudre : *Cur sauciatis dextra capitis parte, convulsio sanæ partis contingat.* Vous voyez qu'il s'agit toujours de la plaie de tête.

Mais Hippocrate, dans le 7e Livre des Épidémies, à la fin du §. 38 (édit. de Foës), après avoir parlé d'accidens éprouvés à la suite de la lésion des os du crâne, ajoute : *Il arrive aussi à ces malades d'avoir des vomissemens, et ensuite des convulsions. Ils poussent des cris aigus et tombent dans la paralysie. Si la plaie*

---

(1) *Voyez* le chapitre des plaies de tête n° 19, et le commencement du troisième Livre des *Prænotions de Cos.*

est à droite, la paralysie a lieu à gauche; si elle est à gauche, c'est le côté droit qui est paralysé. Καὶ, μὲν ἐν τοῖσι δεξιοῖσι τὸ τρῶμα ᾖ, τὰ ἀριστερὰ μὲν δὲ ἐν τοῖσιν ἀριστεροῖσι, τὰ δεξιά.

Rien de plus clair, rien de plus exact que cette rapide description empreinte du sceau du génie observateur du père de la médecine. Vous y retrouvez les deux séries de symptômes qui caractérisent les inflammations du cerveau. Je ne sais par quelle fatalité on n'en a presque jamais cité que la dernière partie, et c'est elle qui a servi de texte aux discussions élevées entre les commentateurs d'Hippocrate. Les uns ont pensé qu'il y avait incompatibilité entre les passages précédens, où il est question des convulsions, et celui-ci; en conséquence, ils ont admis l'une ou l'autre version, en regardant comme apocryphe celle qu'ils rejetaient. Marcellus Donatus (de Hist. med. mir. L. 5, c. 4), après avoir rapproché tous les passages d'Hippocrate, relatifs aux convulsions, prétend même qu'il n'a jamais parlé, autant qu'il s'en souvienne, de paralysie du côté opposé à la plaie. Les autres ayant observé dans des cas de plaie de tête, tantôt des convulsions, tantôt de la paralysie du côté opposé, admirent que les deux cas pouvaient se présenter; que par conséquent l'inflammation du cerveau pouvait produire, tantôt l'un, tantôt l'autre symptôme, et ils expliquèrent, chacun à leur manière, la cause de cette différence (1).

(1) *Voyez* Marc. Donatus, ouvrage cité. Cæsalpin, L. 2. Quest. med. 10. Posp. Martian, annot. ad Hippocr., Epid. L. 7, § 1, vers. 377. Carcanus. de Vuln. capit. serm. 3, lect. 5.

Mais toutes ces discussions, toutes ces opinions reposaient sur des observations de plaie de tête sans ouverture de cadavre. Dans toutes on n'a eu égard qu'à la plaie extérieure, c'est d'après elle seule qu'on a décidé que les symptômes observés étaient produits par l'inflammation du cerveau, dès lors vous concevez qu'il a dû se présenter des faits en faveur de toutes les opinions. A mesure qu'on a senti la nécessité d'avoir recours à l'examen des parties affectées pour apprécier les désordres produits par les violences extérieures et la cause des symptômes, on a dû ne plus tenir compte de ces observations incomplètes, ni des opinions qu'elles avaient fait naître, et voici ce qui est arrivé.

On observa que dans certains cas la paralysie, du côté opposé à la plaie, était due à l'enfoncement des fragmens; dans d'autres, à un épanchement de sang, soit entre la dure-mère et l'os, soit à la surface de l'arachnoïde; on rapprocha ces faits de ceux d'hémorrhagie cérébrale, et l'on en conclut que les convulsions étaient dues à l'inflammation, et la paralysie à la compression du cerveau.

Ce n'est pas qu'on ait manqué d'occasions de trouver le cerveau enflammé vis-à-vis de la plaie, et du côté opposé à la paralysie; mais lorsque la mort a été prompte, on n'a trouvé qu'un ramollissement avec injection sanguine, ou une simple rougeur très circonscrite, et l'on a regardé cette altération comme l'effet d'une *contusion*, d'une attrition

mécanique semblable à celle qui produit une ecchymose. Cette idée de contusion a éloigné celle d'inflammation. Lorsque la mort est arrivée un peu plus tard, on a trouvé la surface des circonvolutions ramollie, décolorée, ou d'une couleur jaunâtre, verdâtre, etc.; mais comme, en même temps, l'arachnoïde qui les recouvrait était enduite de pus de même couleur, on a attribué l'altération de la substance grise en contact avec l'arachnoïde, non pas à une inflammation, mais à une véritable imbibition passive, et la légère couche de pus qui recouvrait l'arachnoïde a été regardée comme suffisante pour produire la compression de l'hémisphère correspondant et la paralysie. Lorsque ce *ramollissement* sans injection occupait la substance blanche du centre des hémisphères, il a dû, à plus forte raison, être méconnu.

Il est rare que, dans tous ces cas de plaies de tête, on ne trouve ou du sang, ou du pus, ou de la sérosité épanchée, soit sous la dure-mère, soit dans les ventricules, et c'est à ces épanchemens plutôt qu'au *ramollissement* du cerveau, dont on ne soupçonnait ni la cause, ni l'importance, qu'il était naturel d'attribuer la paralysie; aussi, dans toutes ces observations, on tient compte avec un grand soin de quelques gouttes de sang, de pus, ou de sérosité, et si les observateurs les plus exacts parlent de la substance cérébrale, ils disent seulement, mais sans y attacher d'importance, qu'elle était molle, pâle ou rouge.

Enfin, lorsqu'on a trouvé du pus réuni en foyer du côté opposé à la paralysie, et qu'aucune autre cause ne pouvait l'expliquer, on n'a pas manqué d'attribuer les convulsions qui la précèdent ou l'accompagnent ordinairement à l'inflammation, et la paralysie à la compression produite par la suppuration, en sorte que le pus a été regardé comme la cause mécanique de la paralysie. On a dû être confirmé dans cette opinion par ce qui arrive dans les hémorrhagies cérébrales. D'ailleurs, vous avez vu que la mort survenait quelquefois assez promptement pour que la paralysie n'ait pas le temps de succéder aux convulsions, et quand ces deux ordres de symptômes existent simultanément, quand, par exemple, les membres sont dans un état de roideur tétanique, on ne pense pas ordinairement à s'assurer si la peau a perdu ou conservé sa sensibilité.

Ainsi, d'après ces faits eux-mêmes, on a continué à attribuer la paralysie à une compression mécanique du cerveau, et lorsqu'elle survient après des convulsions, on l'a regardée comme une preuve d'épanchement de pus à la surface de l'arachnoïde ou dans le cerveau. « On est en droit de conclure, dit le docteur Hennequin (Dissert. sur les lésions traumat. du cerveau), que la suppuration est entièrement formée, lorsqu'on voit tous les symptômes de compression se joindre ou succéder à ceux de l'inflammation. » Je vous cite ce passage parce qu'il me tombe sous la main ; je ne vous citerai que celui-là, parce qu'il est

l'expression de l'opinion générale. Nous verrons, en parlant de l'inflammation de l'arachnoïde, qu'on a attaché beaucoup trop d'importance à la compression produite par la suppuration qui se forme à sa surface; je ne veux pas devancer les faits; mais, quant au rôle qu'on fait jouer au pus dans l'inflammation du cerveau, il est facile de démontrer qu'on est dans une double erreur.

D'abord nous avons observé la paralysie dans tous les cas de ramollissement dans lesquels la suppuration n'était pas encore évidente, et dans ceux où le cerveau sortant librement du crâne ne pouvait pas être comprimé. Ce n'est donc pas la compression produite par le pus qui cause l'*hémiplégie*. En second lieu, nous n'avons observé de rémission bien marquée dans les symptômes, que dans les cas où la suppuration était plus ou moins avancée; et tout nous a porté à croire que c'était au moment où le pus s'était réuni en foyers distincts, qu'avait eu lieu l'amélioration en question.

Partant de cette idée, que la paralysie est toujours produite par la compression, on n'a plus cherché qu'à savoir quand elle était primitive ou consécutive, qu'à distinguer celle qui était produite par épanchement de sang d'avec celle qui dépendait d'un épanchement de pus, au lieu de chercher quels sont les symptômes qui peuvent annoncer une inflammation de l'arachnoïde ou du cerveau.

Vous venez de voir déjà bien des opinions diffé-

rentes fondées sur des observations plus ou moins incomplètes de plaie de tête; ainsi les uns ont admis que l'inflammation du cerveau produisait des convulsions du côté du corps opposé, les autres qu'elle produisait la paralysie, d'autres qu'elle pouvait se manifester tantôt par des convulsions, tantôt par la paralysie ; enfin, que les convulsions (toujours du côté opposé) étaient produites par l'inflammation, et la paralysie par la suppuration, c'est-à-dire par la compression du cerveau. Une autre série d'observations produisit d'autres opinions.

Salmuth (*voyez* n° 4, §. 3, p. 341) trouva chez un individu qui avait eu une paralysie d'un côté, et des convulsions de l'autre, un abcès dans l'hémisphère opposé au côté du corps paralysé.

Daniel Hoffman (Dissert. *de Sanatione rariss.*) rapporte l'observation d'un enfant qui, ayant eu le crâne fracturé à *gauche*, avec destruction considérable de la substance du cerveau, éprouva une paralysie du côté *droit* et des mouvemens convulsifs du côté gauche. Ces faits, au reste, sont très communs; il est peu de praticiens qui n'aient eu occasion d'en observer.

Bérenger dit que le plus souvent il a vu les convulsions se manifester du côté sain, et la paralysie du côté opposé.

« Il est d'observation, dit le docteur Hennequin, que lorsqu'il y a tout à la fois convulsions d'un côté du corps et paralysie de l'autre,

la convulsion attaque le côté qui répond à la lésion du cerveau; mais quand il n'existe que des convulsions, et d'un seul côté, c'est ordinairement du côté opposé à la plaie. »

Vous trouverez ces vérités exprimées à peu près de la même manière dans une foule d'autres ouvrages, parmi lesquels je vous citerai le plus récent, auquel le nom de l'auteur attache d'ailleurs une autorité imposante. Voici ce que dit M. Boyer (*Traité des Mal. chirurg.*, etc., t. 5, p. 109) :

« La paralysie n'est pas le seul désordre que produisent la compression du cerveau et l'altération de sa substance. Les *convulsions* sont aussi quelquefois la suite de ces affections. La plupart des observateurs qui ont remarqué que la paralysie frappait toujours le côté opposé à la lésion du cerveau, ont observé en même temps que lorsque dans ce cas il survenait des *convulsions*, elles attaquaient le côté opposé à la paralysie, c'est-à-dire le côté même de la lésion cérébrale, tandis que les mouvemens convulsifs affectaient le côté du corps opposé à cette lésion, lorsqu'il n'existe point de paralysie. »

Parmi les auteurs qui ont parlé de ces faits, les uns se sont contentés de les rapporter ou de les citer sans en chercher l'explication; d'autres ont pensé que la même affection pouvait produire à la fois des convulsions du côté de la plaie, et une paralysie du côté opposé. M. Boyer paraît être de ce nombre, quand il dit : La paralysie n'est pas le seul désor-

dre, etc. D'autres, persuadés que les convulsions étaient produites par l'inflammation, et la paralysie par la compression mécanique du cerveau, ont pensé que dans ce cas l'hémisphère du cerveau correspondant à la plaie, était à la fois enflammé et comprimé par du sang, par de la sérosité ou par du pus. Mais pour expliquer ainsi ces deux ordres de symptômes, il fallait rejeter l'opinion des anciens, qui avait été assez généralement reçue; et c'est en effet ce qu'ils firent. Ils prétendirent qu'il arrivait pour les convulsions tout le contraire de ce qu'on observe pour la paralysie; que les unes se manifestaient du côté de la maladie, et l'autre du côté opposé. Ainsi l'inflammation et la compression du même hémisphère cérébral auraient déterminé des symptômes, dans le premier cas, du même côté du corps, et dans l'autre, du côté opposé.

Quoique le simple énoncé de cette supposition suffise pour en faire pressentir l'absurdité, elle eut un grand nombre de partisans. Il paraît qu'elle était surtout fort accréditée du temps de Morgagni, car il la discute longuement, et la combat dans plusieurs passages de ses ouvrages (1). Après avoir rappelé qu'on admet l'entre-croisement des fibres du cerveau pour expliquer la paralysie du côté opposé, il termine par cette réflexion judicieuse, qui

---

(1) *Voyez* Epist. anat. 13, n°s 14, 17, 18 et 22. De sed. et caus. morb. epist, 51, n°s 46, 47 et 48.

se présente naturellement à l'esprit : *Igitur quam decussationem ad paralysim in latere opposito explicandam agnoscere debemus, quare ad convulsionem non agnoscemus.*

L'argument de Morgagni, très plausible à cette époque, est devenu sans replique dès le moment qu'on a démontré, le scalpel à la main, cet entre-croisement des fibres du cerveau, qui n'était alors qu'une hypothèse plus ou moins probable. Cela n'a cependant pas empêché cette opinion de se propager jusqu'à nous, et j'ai entendu des praticiens distingués la défendre avec chaleur. D'autres, toujours d'après les mêmes observations de plaies de tête, ont admis que les convulsions pouvaient se manifester du côté de l'hémisphère enflammé ou du côté opposé, suivant que ce dernier se trouvait libre ou paralysé, ce qui devient encore bien plus difficile à concevoir.

On a même été jusqu'à imaginer que les convulsions n'avaient lieu d'un côté que parce que les muscles antagonistes étaient paralysés, en sorte que ceux qui étaient sains entraînaient les autres de leur côté, tiraient, par exemple, la bouche vers l'une ou l'autre oreille, courbaient le corps latéralement, etc. ; mais sans examiner si cette action des muscles sains peut être assimilée aux contractions permanentes ou *convulsions toniques* produites par l'inflammation du cerveau, il est évident que la paralysie des muscles du bras et de la cuisse d'un côté, ne peut avoir aucune influence sur les membres du côté opposé.

De toutes ces explications, la plus raisonnable, la plus voisine de la vérité est celle qui fut adoptée par Mus, Donatus, Césalpin, P. Martian, Morgagni, etc.; ils pensaient que dans ces plaies de tête, la cause de ces deux ordres de symptômes avait également son siége dans l'hémisphère du cerveau qui était opposé au côté du corps affecté de paralysie ou de convulsions; mais que cette cause était de nature différente, c'est-à-dire que c'était une compression ou une lésion mécanique de l'un des hémisphères qui produisait la paralysie du côté du corps opposé, et une inflammation de l'autre, qui produisait des convulsions de l'autre côté. Ils étaient en cela conséquens avec eux-mêmes, et ils expliquaient d'une manière fort simple des faits contradictoires; cependant cette opinion ne prévalut pas généralement, et voici pourquoi.

Dans un grand nombre de cas, on trouva bien, à la vérité, du côté de la plaie un épanchement de sang, de pus ou de sérosité à la surface de l'arachnoïde, ou un abcès dans le cerveau; altérations qui expliquaient la paralysie du côté opposé; mais quelquefois on ne trouva qu'une injection de la dure-mère et de l'arachnoïde, avec ramollisement du cerveau sous-jacent: rien alors ne prouvait qu'il y avait eu compression du cerveau. Enfin, et c'était là qu'existait la grande difficulté, on ne trouvait pas dans l'hémisphère opposé aux convulsions de traces évidentes d'inflammation du cerveau, et l'on n'attachait pas

d'importance à l'état de l'arachnoïde, pour deux raisons : la première, c'est que, comme vous l'avez vu, elle est toujours beaucoup plus enflammée du côté de la plaie que de l'autre, en sorte que, par comparaison, on pouvait la regarder comme saine quand elle était rouge, injectée, opaque, etc. ; la seconde, c'est qu'on ne croyait pas plus que l'inflammation de l'arachnoïde fût susceptible de produire des convulsions que du délire.

Quelques faits, assez rares à la vérité, achevèrent de jeter la confusion dans les opinions des auteurs, au sujet des convulsions et de la paralysie, à la suite des plaies de tête. On remarqua que la paralysie avait quelquefois lieu du côté lésé, et les convulsions, du côté opposé ; et même Avicenne, qui probablement avait vu plusieurs cas semblables, pensait (*de Fract. cran.*) qu'ils étaient plus communs que les autres. On fut long-temps embarrassé d'expliquer ce singulier phénomène, qui bouleversait les idées reçues ; mais lorsqu'on ouvrit le crâne des individus qui avaient succombé, on ne tarda pas à s'apercevoir que la lésion du cerveau était du côté opposé à la lésion du crâne, et par conséquent aussi du côté opposé à la paralysie (1). Ces deux séries de symp-

(1) Voyez entre autres l'observation de Paillot, consignée par M. Ant. Petit, dans sa Collect. d'Obs. clin., p. 223. Il reçut sur le coronal *gauche* un coup de sabre, éprouva le dix-huitième jour une paralysie du bras *gauche*, qui fit peu à peu des progrès, et il

tômes s'expliquent donc de la même manière que dans le cas précédent.

Je n'ai pas vu d'autre moyen pour vous présenter, le plus simplement et le plus clairement que j'ai pu, le tableau rapide de toutes ces opinions, et des faits sur lesquels elles sont fondées, que de les réduire à leur plus simple expression, en les dépouillant de ce vain luxe d'érudition, dont il est si facile d'abuser, et à travers lequel il est si difficile de se reconnaître.

Malgré cette précaution, vous trouverez peut-être que la contention qu'exige une pareille lecture ne vaut pas le fruit qu'on en peut retirer; mais j'ai pensé que, si d'autres commencent par démolir avant de bâtir, ou sans rien laisser à la place de ce qu'ils ont détruit, je pouvais et je devais même, après avoir essayé de construire sur des bases plus étendues et plus solides qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, chercher à faire disparaître tout ce qui pouvait encore offusquer vos regards.

En résumé, vous voyez que la cause des erreurs qui ont régné au sujet des symptômes d'inflammation du cerveau, tient à ce qu'on l'a étudiée dans les observations chirurgicales.

De là la grande importance qu'on a toujours atta-

---

mourut le vingt-sixième jour. Au-dessous de la plaie, la dure-mère et le cerveau étaient sains, le lobe antérieur de l'hémisphère opposé offrait un vaste dépôt qui avait pénétré à plusieurs lignes dans sa substance. *Voyez* aussi Morgagni, Epist. 51, n° 42; et l'Obs. de M. Dan de La Vauterie, Lett. 1re, n° 9.

chée à la plaie extérieure, et le peu d'attention qu'on a apporté à l'étude des symptômes et des altérations pathologiques, qui sont précisément plus compliqués que dans les cas d'inflammation spontanée.

Vous voyez aussi que toutes ces opinions étaient fondées sur des faits qui se reproduisent de nos jours, parce que la nature ne change pas ; que, toutes contradictoires qu'elles sont, il est facile de les expliquer et même de les concilier.

P. S. M. Dupuy, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, faisant une heureuse application de ses connaissances en anatomie pathologique, à l'étude des différentes maladies des animaux, a recueilli sur plusieurs d'entre elles des observations nouvelles, qui ne peuvent manquer, à leur tour, de jeter quelque jour sur plusieurs points de pathologie générale. Il a surtout porté son attention sur les altérations du système nerveux, qu'on avait presque entièrement négligées avant lui ; et dans l'espace de cinq à six ans il a eu l'occasion d'observer, sur différentes espèces d'animaux, un grand nombre de ramollissemens du cerveau et de la moelle épinière.

M. Dupuy vient d'avoir la bonté de me communiquer la plupart des faits qu'il possédait sur ce sujet, et j'y attache d'autant plus de prix, que je sais avec quelle bonne foi et quelle exactitude scrupuleuse cet observateur judicieux procède dans toutes ses recherches. Je m'en servirai plus tard, à mesure que l'occasion

s'en présentera ; mais, en attendant, je dois vous faire part de ce que leur lecture m'a présenté de plus remarquable.

Dans aucune de ces observations, le cerveau n'était affecté seul : dans deux seulement, il l'était en même temps que la moelle, et, dans une vingtaine d'autres, l'altération était bornée à la moelle. Les deux ramollissemens du cerveau avaient lieu dans la substance *grise* de la surface des hémisphères ; ils étaient accompagnés d'injection vasculaire considérable, et même d'infiltration de sang, et ressemblaient à des ecchymoses produites par contusion.

Le ramollissement de la moelle n'existait pas au même degré dans toute son étendue, il était constamment plus considérable à l'endroit des renflemens qui correspondent à l'origine des nerfs des membres antérieurs et postérieurs ; chez les chevaux surtout ce dernier renflement de la moelle était le plus altéré. Ceci confirme, d'une manière très remarquable, ce que j'ai dit dans la préface, de la cause de l'extrême fréquence des affections cérébrales chez l'homme. En effet, chez les animaux, ce n'est plus l'organe de la pensée qui prédomine sur le reste du système nerveux ; le volume de la moelle semble augmenter à mesure que celui du cerveau diminue, du moins les mêmes proportions n'existent plus entre ces deux portions centrales du système nerveux. La moelle se renfle à l'endroit qui donne naissance aux nerfs des membres antérieurs et posté-

rieurs, et ce renflement est proportionné au volume des muscles qui serveut à mouvoir ces membres. Aussi chez le cheval, dont toute la puissance est dans le train de derrière, le renflement postérieur est-il très considérable. Cette partie de la moelle est donc chez lui celle dont l'action est prédominante, comme dans l'homme ce sont les hémisphères du cerveau : il est par conséquent très remarquable que cette partie soit aussi le plus souvent et le plus fortement affectée.

Le ramollissement a présenté, chez ces animaux, les mêmes caractères et les mêmes nuances que chez l'homme. Dans certains cas, il était accompagné d'une injection vasculaire considérable, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, et toujours la substance grise était plus injectée que la substance blanche ; la rougeur du tissu de la moelle persistait après plusieurs jours de séjour dans une eau souvent renouvelée ; dans d'autres cas, le renflement postérieur était déjà diffluent, et blanc comme de la crême ; quand on soulevait la moelle, il en retombait des portions, sous forme de gouttes, semblables à du pus : dans deux autres, ce même renflement était également diffluent, mais d'un jaune très prononcé ; et cette couleur persista malgré un séjour prolongé dans l'eau. La dure-mère et l'arachnoïde, dans les points correspondans à ces altérations, étaient très injectées, et d'un rouge plus ou moins foncé, que n'affaiblirent pas des lotions répétées, et une macé-

ration prolongée. Tous les sinus veineux étaient gorgés de sang. L'examen des parties affectées a eu lieu quelques instans après la mort, et même plusieurs fois on a fait périr les animaux par hémorrhagie.

Les précautions que M. Dupuy a prises pour éviter de confondre les altérations produites par la maladie avec celles qui pourraient être le résultat d'une décomposition cadavérique, l'ont conduit à regarder ces ramollissemens partiels de la substance nerveuse du cerveau et de la moelle épinière, comme un résultat de l'inflammation.

Les accidens observés pendant le cours de la maladie viennent encore à l'appui de cette opinion; ce sont des tremblemens des membres, accompagnés de faiblesses et d'agitation, des mouvemens convulsifs, intermittens ou continus, une roideur tétanique du cou, des mâchoires ou des membres antérieurs, mais surtout des membres postérieurs, suivis d'une grande faiblesse, d'une paralysie qui commence par le train de derrière. Les chevaux surtout présentent un phénomène remarquable; ils poussent au mur, comme disent les vétérinaires, c'est-à-dire qu'ils appuient la tête contre un corps résistant, et poussent avec tant de force, au moyen des jambes de derrière, qu'ils enfoncent quelquefois des cloisons très solides, et que les jambes de devant ne touchent plus le sol; ils restent souvent pendant plus d'une heure arc-boutés dans cette position; puis ils tombent lorsque cette

roideur tétanique vient à cesser. Après un certain nombre d'accès semblables, ils ne se relèvent plus. La paralysie commence par les membres postérieurs.

Mais nous reviendrons plus tard, et avec plus de détail, sur ces observations : ce que je vous en ai dit suffit pour vous montrer que les mêmes causes produisent toujours les mêmes effets.

FIN.

RECHERCHES

ANATOMICO-PATHOLOGIQUES

SUR

L'ENCÉPHALE

ET SES DÉPENDANCES.

DE L'IMPRIMERIE DE J. TASTU,
RUE DE VAUGIRARD, N° 36.

RECHERCHES
ANATOMICO-PATHOLOGIQUES
SUR
L'ENCÉPHALE
ET SES DÉPENDANCES;

PAR F. LALLEMAND,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier, chirurgien en chef de l'Hôpital civil et militaire de la même ville, etc. etc.

Ars medica tota in observationibus.
(*Fred. Hofmann.*)

Neque enim numerandæ sunt, sed perpendendæ.... observationes.
(*Morgagni, Epist.* 51, n° 47.)

TOME SECOND.

PARIS.
CHEZ BÉCHET JEUNE, LIBRAIRE,
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N° 4.

1823.

RECHERCHES
ANATOMICO-PATHOLOGIQUES
SUR
L'ENCÉPHALE
ET SES DÉPENDANCES.

LETTRE QUATRIÈME.

Abcès enkystés.

Dans les dernières observations de la Lettre précédente, vous avez vu les premiers rudimens d'un kyste s'organiser autour du pus ; nous allons continuer l'histoire des abcès enkystés en partant du point où nous nous sommes arrêtés. Mais vous ne devez pas vous attendre à trouver entre les faits que vous allez lire la même ressemblance qu'entre ceux qui font le sujet des trois premières Lettres.

Un abcès enkysté peut être le résultat d'une inflammation aiguë, ou, ce qui est le plus ordinaire, d'une inflammation obscure, tout-à-fait chronique ;

et c'est surtout dans les affections cérébrales que la marche rapide ou lente de la maladie apporte les plus grandes modifications dans le développement des symptômes. Les affections aiguës ont d'ailleurs une marche plus constante, des caractères plus tranchés que les chroniques. Dans les premières, l'intensité de la maladie fait disparaître les différences des âges, des sexes et des tempéramens; elle domine les complications qui pourraient entraver son cours ou obscurcir ses symptômes. Il n'en est pas de même des affections chroniques : elles portent pour ainsi dire l'empreinte de chaque individu; très-rarement elles existent seules, et souvent elles sont produites par d'autres. Celles du cerveau, par exemple, se compliquent souvent d'arachnoïdites chroniques, et finissent encore plus souvent par une encéphalite aiguë : elles sont quelquefois produites par une carie des os du crâne, et en particulier par la carie du temporal, par des corps étrangers, etc. Telles sont les causes qui feront varier les symptômes, exigeront des faits nombreux, des explications fréquentes, et rendront cette Lettre moins uniforme, moins homogène que les autres; c'est une chose fâcheuse, j'en conviens, mais je n'ai pas prétendu faire plier l'observation à la théorie; je n'ai pas entrepris de créer un système simple, une classification nosologique facile; je me suis contenté de rapprocher les faits analogues, de les comparer entre eux, et d'en tirer des conséquences. Cette marche est plus

lente, mais elle est plus sûre. Nous continuerons à la suivre en procédant toujours des inflammations aiguës aux plus chroniques.

Je commencerai par une observation précieuse qui m'a été communiquée par mon ami le docteur Breschet, chef des travaux anatomiques de l'École de médecine de Paris.

N° 1.

Symptômes d'anévrisme du cœur, *crampes* dans les membres du côté *gauche*, gêne dans les mouvemens, paralysie complète, mouvemens convulsifs des membres paralysés revenant par accès. Mort le treizième jour. — *Altérations organiques du cœur, abcès enkysté commençant dans l'hémisphère* droit *du cerveau, ramollissement avec injection sanguine de la substance cérébrale environnante.*

Vilain (Marie-Gabrielle), dès sa plus tendre enfance, a présenté quelque chose d'insolite dans la physionomie. Aussitôt qu'elle se livrait à un exercice un peu pénible, sa figure se colorait d'un rouge violacé; sa respiration était habituellement gênée, surtout lorsqu'elle montait un escalier. A 47 ans, elle cessa d'être réglée, et commença à se plaindre de palpitations accompagnées d'une douleur aiguë dans la région précordiale. Elle s'arrêtait souvent pour sentir battre son cœur, et disait alors qu'elle mourrait bientôt; enfin, ses lèvres et sa figure devinrent tellement bleuâtres, même quand elle ne marchait qu'à pas lents, qu'elle n'osait pas se montrer

dans les rues; elle était sujette à de fortes hémorragies nasales, dont une surtout fut très-effrayante par son abondance et sa durée. Elle éprouvait souvent des crampes dans les membres. Sa constitution fut toujours assez faible, sa taille prit peu de développement, elle resta fille, et mena toujours une vie régulière.

Le 1er juillet 1821, vers midi (âgée alors de 57 ans), elle se plaignit à sa sœur d'une espèce de crampe qu'elle éprouvait dans la main et le pied *gauches*. Bientôt elle s'aperçut d'une grande gêne dans les mouvemens de ces deux membres; enfin quelque temps après, elle perdit entièrement le mouvement et le sentiment dans tout ce côté du corps; cependant elle conserva toute sa raison et même l'usage de la parole.

Le 3e jour de sa maladie, elle entra à l'hôpital Cochin, et présenta les symptômes suivans : face animée, d'un rouge violacé; yeux saillans et brillans; lèvres bleuâtres; respiration gênée au point d'exiger une position presque verticale du tronc; pouls petit, facile à déprimer au bras gauche, mais dur et assez fort au bras droit; perte complète du sentiment et du mouvement dans les membres du côté gauche (infusion d'arnica, potion éthérée). Pendant la nuit, les membres paralysés furent tout-à-coup affectés de convulsions; ces mouvemens spasmodiques pouvaient être comparés à ceux que détermine la noix vomique; ils étaient accompagnés d'une gêne

plus grande dans la respiration; la face était plus animée, les yeux plus brillans; les lèvres, qui auparavant étaient bleuâtres, présentaient alors une teinte couleur de rose; les battemens du cœur étaient tumultueux. En appliquant la main sur la région précordiale, on sentait une espèce de frémissement semblable à celui que fait éprouver un corps élastique qu'on fait vibrer fortement (15 sangsues à l'anus, potion avec la teinture de digitale). Tous ces symptômes se calmèrent bientôt, et quand le jour vint ils étaient à peine sensibles. Pendant cet accès, la malade ne perdit pas connaissance.

Le 4, à la visite, M. Bertin (depuis professeur à l'École de médecine de Paris) fit pratiquer une saignée du bras, et continua l'emploi de la digitale; le reste de la journée fut assez calme.

Du 5 juillet jusqu'au 12, elle a offert plusieurs accès semblables au premier, à cela près que les symptômes étaient moins intenses et duraient moins long-temps; mais le 12 vers midi, la malade perdit tout-à-coup connaissance, la face devint très-animée; les yeux, extrêmement saillans et brillans, furent agités de mouvemens convulsifs accompagnés de dilatation de la pupille; la respiration s'embarrassa de plus en plus, et la paralysie s'étendit à toutes les parties du corps. En même temps, les battemens du cœur et des artères carotides étaient devenus plus forts et plus fréquens. A l'instant même de cet accès, on pratiqua une saignée du bras, à la

suite de laquelle la malade recouvra quelque mouvement dans le bras droit : elle semblait même comprendre ce qu'on lui disait. Mais cette amélioration ne dura qu'un instant, les symptômes s'aggravèrent de plus en plus, et la mort survint le lendemain vers midi, 13[e] jour de la maladie.

L'ouverture du cadavre fut faite par MM. Bertin et Breschet. On trouva : 1° dans la partie antérieure de l'hémisphère *droit* du cerveau, un foyer purulent de la capacité d'un œuf de poule, contenant environ trois onces d'un pus jaune-verdâtre, bien lié et semblable à celui d'un abcès phlegmoneux ; seulement il était renfermé dans un véritable kyste, formé par une membrane molle, et cependant assez résistante pour pouvoir être disséquée dans une certaine étendue sans se rompre. Par la face externe, elle était unie à la substance cérébrale, mais l'examen le plus scrupuleux, à l'aide d'une forte loupe, ne put faire distinguer aucun vaisseau allant du cerveau à cette nouvelle membrane, bien qu'elle présentât çà et là des stries ramifiées à la manière des vaisseaux. MM. Bertin et Breschet les regardèrent comme des ramifications vasculaires, quoiqu'ils n'aient pu réussir à les injecter. Une portion de cerveau, accompagnée du kyste, fut mise en macération dans de l'eau. La substance cérébrale s'est putréfiée très-promptement ; la membrane avait encore conservé son apparence lorsque le cerveau était déjà dissous.

La substance cérébrale, en contact avec la face extérieure de ce kyste, était d'un rouge foncé, et cette teinte allait insensiblement en diminuant d'intensité; mais dans les parties moins uniformément colorées et d'une teinte moins foncée, on distinguait des points d'un rouge sombre très-rapprochés, qui donnaient aux tranches du cerveau l'aspect sablé de certains granits ou porphyres rouges. Plus loin, la substance cérébrale était jaunâtre; enfin elle reprenait sa couleur naturelle. Dans toutes ces parties, la substance cérébrale avait moins de consistance que dans le reste du cerveau : tout le système capillaire veineux et artériel encéphalique était gorgé de sang. Sous la méningine on remarquait une matière couenneuse ou albumineuse répandue çà et là, et d'une consistance assez grande dans quelques points.

Le cœur avait un volume énorme, il pesait 375 grammes (12 onces), tandis que celui d'une autre femme, examiné comparativement, ne pesait que 125 grammes (4 onces). L'oreillette droite était très-développée, et contenait plusieurs onces de sang; la fosse ovalaire était très-profonde; une ouverture, résultant du défaut d'oblitération du trou de botal, de quatre lignes environ de diamètre, existait dans son fond, et établissait une communication entre les deux oreillettes. On voyait dans les deux cavités les vestiges des valvules qui, dans des sujets bien constitués, forment le trou de botal. L'orifice de

communication entre la cavité de l'oreillette droite et celle du ventricule du même côté était étroite; la capacité de ce ventricule était à peu près celle d'un œuf de pigeon, et ne devait par conséquent recevoir que quelques gros de sang. Les parois de ce ventricule avaient une épaisseur qui variait de onze à seize lignes; les valvules étaient petites, mais leurs cordes étaient fortes et d'apparence charnue. L'artère pulmonaire offrait à son ouverture de communication avec le ventricule droit une cloison horizontale, convexe du côté de la cavité artérielle, concave du côté de la cavité ventriculaire, percée à son centre d'une ouverture de deux lignes et demie de diamètre parfaitement circulaire. Elle offrait sur sa convexité trois petits replis ou rides, mais on ne voyait ni sur sa face supérieure ni sur l'inférieure aucune trace de séparation de cette cloison en trois valvules. Au-dessus de cette cloison, l'artère pulmonaire ne présentait rien de particulier.

L'oreillette gauche, de grandeur à peu près ordinaire, présentait l'orifice du trou de botal décrit ci-dessus.

Le ventricule gauche, dont la capacité était plus grande qu'à l'ordinaire, avait aussi des parois plus épaisses. L'aorte présentait çà et là des plaques osseuses et cartilagineuses.

Le canal artériel était petit et entièrement oblitéré.

§ I. Quoique plusieurs circonstances de cette observation n'aient pas de rapport direct avec le

sujet qui nous occupe, elles présentent trop d'intérêt pour que nous ne les examinions pas avec quelque détail.

L'espèce de diaphragme troué à son centre, qui remplaçait les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, était probablement un vice organique congénital, puisqu'on ne trouva aucune *trace de séparation de cette cloison en trois parties*, puisque cette femme, *dès sa plus tendre enfance*, *avait présenté quelque chose d'insolite dans la physionomie*, puisqu'enfin le trou de botal ne s'était pas oblitéré.

L'obstacle que cette membrane opposait au passage du sang du ventricule droit dans l'artère pulmonaire, devait en faire refluer une partie dans l'oreillette droite, à chaque contraction du cœur, et empêcher ainsi le dégorgement complet des veines caves supérieure et inférieure. Il a dû en résulter immédiatement une stase de sang noir dans le système veineux, semblable à celle qui arrive consécutivement dans les anévrismes du cœur produits par un rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique. D'un autre côté, ce même sang rapporté par les veines, ne pouvant s'écouler en totalité par l'artère pulmonaire, a continué, comme avant la naissance, à passer de l'oreillette droite dans la gauche par le trou de botal, et à se mêler avec le sang rouge rapporté par les veines pulmonaires. Ce mélange produit, comme vous le savez, une coloration particulière de la peau, qui a

fait donner à cette affection le nom de cyanose ou maladie bleue.

Ainsi cette espèce de diaphragme placé à l'ouverture de l'artère pulmonaire, a produit la stase du sang noir dans le système veineux et son mélange avec le sang rouge, et ces deux phénomènes secondaires ont été causes, à leur tour, de la coloration violacée de la face, ainsi que de la faiblesse de la constitution, du peu de développement qu'a pris le corps, et de la gêne habituelle de la respiration.

Ce même obstacle à la circulation explique aussi l'augmentation d'épaisseur des parois du ventricule droit, et la diminution de sa cavité. La résistance continuelle qu'il était obligé de surmonter pour pousser le sang dans l'artère pulmonaire à travers cette ouverture étroite, en augmentant son action, a activé sa nutrition. C'est encore à l'étroitesse de cette ouverture qu'il faut attribuer le frémissement particulier qu'éprouvait la main appliquée sur la région précordiale.

§ II. Le ventricule gauche recevant par le trou de botal une partie du sang déposé dans l'oreillette droite, cette addition a pu augmenter ses fonctions, et par suite contribuer à son développement. Cependant vous remarquerez que la partie du sang veineux qui passait directement dans le ventricule gauche, ne se rendant pas au poumon, les veines pulmonaires devaient en rapporter d'autant moins

à ce même ventricule gauche, en sorte qu'il devait y avoir compensation. Mais en supposant que cette circonstance ait contribué au développement du ventricule gauche, l'altération des parois de l'aorte y a certainement eu beaucoup plus de part. L'ossification des gros troncs artériels est la cause ordinaire des anévrismes qui ne sont pas dus à un rétrécissement de l'orifice ventriculo-aortique. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'existait entre le cœur et les artères carotides, aucun obstacle mécanique au passage du sang. Ainsi cette femme, malgré la coloration violacée des lèvres et de la face, était dans le cas de celles qui avaient une hypersarcose du cœur sans rétrécissement (*voy*. L. Ire, n°s 12 et 13), et l'épaississement des parois du ventricule gauche a dû influer sur le développement de l'affection cérébrale à laquelle elle a succombé. (*V*., T. Ier, la note de la page 44.) C'est ce que prouvent les fréquentes et copieuses hémorragies nasales auxquelles elle était sujette, ainsi que les accès de crampes qu'elle éprouvait souvent dans les membres. Ces accidens ne peuvent être attribués qu'à des congestions sanguines vers la tête, favorisées par cet excès de force des parois du ventricule gauche. C'est par des crampes dans la main et le pied gauches, qu'ont commencé les premiers symptômes de l'inflammation de l'hémisphère droit du cerveau.

§ III. L'altération des parois de l'aorte nous permet encore d'expliquer pourquoi le pouls était

petit et facile à déprimer à l'un des bras, tandis qu'il était dur et assez fort à l'autre. Lorsque des plaques osseuses ou cartilagineuses sont développées dans l'épaisseur de l'aorte, il n'est pas rare de voir l'orifice des artères qui en naissent déformé et rétréci ; ces plaques d'ailleurs s'étendent plus ou moins sur les autres artères d'un gros calibre. Je pourrais en citer de nombreux exemples, mais pour ne pas sortir de notre sujet, je me contenterai de vous rappeler l'observation treizième de la Lettre Ire, qui a sous tous les rapports la plus grande ressemblance avec celle-ci. Chez cette femme, le pouls était très-faible ; les battemens du cœur au contraire avaient beaucoup de force et d'étendue : *l'orifice des artères sous-clavières était en partie osseux, déprimé et rétréci.* Il est probable que chez celle qui fait le sujet de cette observation, la faiblesse du pouls du bras gauche dépendait de quelque altération analogue.

§ IV. La paralysie du côté gauche du corps a été précédée de contractions spasmodiques dans la main et dans le pied ; c'est du moins ce qu'il faut, je crois, entendre par *crampes ;* elle a commencé par une gêne dans les mouvemens, et a suivi dans son développement une marche lente et graduée ; enfin la sensibilité s'est éteinte. Les membres paralysés ont été le siége de mouvemens spasmodiques *semblables à ceux que détermine la noix vomique*, dont les accès diminuèrent d'intensité et de durée,

et finirent par n'affecter que les yeux. Enfin dans les derniers de ces accès, la malade perdit connaissance, et la paralysie s'étendit à l'autre moitié du corps. Ainsi les symptômes de maladie du cœur, quoique très-graves, n'ont point empêché ceux d'inflammation cérébrale de suivre leur marche ordinaire et de présenter leurs caractères distinctifs les plus tranchés, car il serait difficile d'en donner une description plus exacte que le résumé ci-dessus.

§ V. D'un autre côté, les symptômes d'inflammation du cerveau n'ont pas modifié d'une manière sensible ceux de l'affection du cœur. Il est même remarquable que, dans les accès de convulsions, où la respiration était plus gênée, la circulation plus embarrassée, la face, au lieu d'être plus violacée, prenait une teinte rosée. Nous avons déjà remarqué ce changement de coloration au moment des accès chez cette malade du n° 13 (Lettre Ire), que j'ai si souvent comparée à celle-ci. Ce changement mérite d'être noté en ce qu'il nous permet de distinguer chez le même individu la coloration de la face, produite par la stase du sang noir dans le système capillaire, par suite d'un obstacle *mécanique* à la circulation veineuse, d'avec celle qui résulte de la présence du sang rouge dans les mêmes vaisseaux, par suite d'une congestion *active*, toute *vitale*.

Lorsque les convulsions sont intermittentes, cette injection du système capillaire de la face, qui re-

présente à l'extérieur la fluxion qui s'opère alors vers le cerveau, coïncide toujours avec l'apparition de l'accès.

Dans tous les cas où nous avons vu les affections cérébrales influer sur les symptômes des autres maladies concomitantes, et même sur les fonctions de la vessie, de l'estomac, etc., ces phénomènes consistaient dans une modification de la sensibilité ou de la contractilité, étaient par conséquent sous l'influence du système nerveux, sous la dépendance du cerveau. Mais le vice organique du cœur agissait d'une manière mécanique constante, inévitable; il ne pouvait donc recevoir aucune influence des modifications survenues dans les fonctions du système nerveux.

§ VI. Je vous ai fait remarquer (*voy.* le § VII, p. 431 et suiv.) que, dans presque tous les cas d'inflammation cérébrale, la paralysie, bornée d'abord à un seul côté, s'étendait ensuite à tous les deux, et que les malades perdaient connaissance et tombaient dans un état comateux. J'ai attribué ces symptômes à la compression de l'hémisphère sain par l'hémisphère enflammé, tuméfié. Notre malade, dans le dernier accès de convulsions, perdit connaissance, et la paralysie s'étendit au côté sain. Une saignée rappela le mouvement dans les membres de ce côté, et la malade sembla comprendre ce qu'on lui disait. Est-il rien de plus clair et de plus concluant?

§ VII. Les altérations, trouvées dans le cerveau, ont été examinées et décrites avec un soin qui ne laisse rien à désirer; c'est, pour ainsi dire, la nature prise sur le fait, au moment où elle organisait une barrière entre le pus rassemblé en foyer et la substance cérébrale qui avait résisté à la suppuration. Ces premiers élémens d'un kyste ressemblent à ceux dont vous avez lu la description dans les dernières observations de la Lettre précédente, ainsi je ne m'y arrêterai pas.

§ VIII. Quoique la malade ait succombé, le traitement a été très-rationnel; les effets immédiats de la saignée ont été momentanément utiles; mais vous concevez que rien ne pouvait amener la guérison.

J'espère que vous me pardonnerez de m'être arrêté si long-temps à cette observation, en faveur de l'intérêt qu'elle présente par elle-même et par l'exactitude des détails qu'elle contient. Un seul fait bien observé est plus utile que cent qui sont tronqués, ou qui ont été recueillis avec prévention ou légèreté.

Au moment où l'on imprimait cette feuille, M. le docteur Andral fils a eu la bonté de me communiquer l'observation suivante, que je m'empresse de faire entrer ici, comme dans la place qui semblait lui être destinée. Je suis d'autant plus reconnaissant envers l'auteur, que je ne le connais encore que par sa réputation d'observateur plein d'exactitude et de perspicacité.

N° 2.

Cephalalgie à *droite*, symptômes spasmodiques et paralysie progressive à *gauche ;* délire, symptômes spasmodiques à *droite*, — *Abcès enkysté dans l'hémisphère* droit, *arachnoïdite surtout à* gauche.

Un homme, âgé de 27 ans, charpentier, récemment traité à l'hôpital des vénériens pour des chancres, ressentait depuis quelque temps, dans tout le côté *droit* de la tête, une sorte de pesanteur, plutôt qu'une véritable douleur, à laquelle il avait à peine fait attention.

Le 18 décembre 1821, après avoir travaillé toute la journée comme de coutume, il éprouva dans le membre thoracique *gauche* un tremblement assez fort; la main surtout était agitée par des mouvemens continuels de flexion et d'extension. Bientôt il se plaignit de tintemens d'oreille, d'éblouissemens, et perdit entièrement connaissance. Cet état dura une partie de la nuit.

Le lendemain 19, retour des fonctions sensoriales et intellectuelles; continuation des mouvemens de la main *gauche ;* de temps en temps flexion permanente et comme *tétanique* de l'avant-bras sur le bras; intégrité des fonctions des membres abdominaux et du membre thoracique droit.

Le 20, cessation complète des mouvemens spas-

modiques ; gêne dans les mouvemens du bras, de l'avant-bras et de la main du côté *gauche* ; sensation de faiblesse, d'engourdissement et de froid dans ces parties.

Le 21, persistance de ce commencement de paralysie. Le soir, entrée du malade à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n° 86.

Le 22 matin, face pâle, intégrité des fonctions intellectuelles et sensoriales, conservation de la myotilité et de la sensibilité dans les deux membres abdominaux et le membre thoracique droit ; flexion de la main gauche sur le poignet, due plutôt à la paralysie des extenseurs qu'à la contraction des fléchisseurs ; impossibilité de rien serrer avec cette main, qui paraît froide et engourdie ; mouvement de l'avant-bras *gauche* faible et exigeant beaucoup d'efforts pour porter la main à la tête ; muscles de la face et de la langue dans l'état naturel ; douleur assez forte dans toute la partie *droite* de la tête, s'exaspérant par intervalles sans augmenter ni diminuer par la pression ; pouls lent et faible ; peau sans chaleur ; fonctions digestives intactes ; l'état du malade paraît avoir beaucoup d'analogie avec celui que présentent les individus dont la paralysie reconnaît pour cause les émanations de plomb. (Limon. tartar. 4 pil. de Bontius, pédiluves sinapisés, frict. sur le membre paralysé avec liniment, vol. camphré, trois crèmes de riz, deux bouillons.)

Jusqu'au 25, même état, même traitement. Le 26, face rouge, céphalalgie plus forte que jamais. (Douze sangsues à la partie droite du cou, apozème purgatif, infusion de fleurs d'arnica, deux tasses.)

Le 27, persistance de la céphalalgie, abolition des mouvemens de l'avant-bras *gauche* et diminution de ceux du bras. (On insiste sur l'emploi des dérivatifs.)

Le 31, application de quinze sangsues de chaque côté du cou. Vers dix heures du matin, délire, agitation pendant toute la journée.

Le 1er janvier, dans la matinée, yeux égarés roulant continuellement dans leur orbite, tête agitée par des mouvemens continuels de droite à gauche et de gauche à droite. Le bras gauche soulevé retombe comme une masse inerte. Les membres supérieur et inférieur droits au contraire sont agités de petits mouvemens spasmodiques, brusques, irréguliers et fréquens, qui augmentent dès qu'on les touche. Le membre abdominal droit en est exempt quoiqu'il ne partage pas la paralysie du bras, car, pour peu qu'on le pince, le malade le retire et se plaint; il prononce à voix basse les propos les plus incohérens. Cependant quand on fixe son attention par des demandes réitérées, ses réponses sont justes, il tire la langue quand on l'en prie. Pour la première fois le pouls est fréquent. (Vingt-quatre sangsues au cou, lavement de séné et d'émétique, deux sinapismes au jambes), le reste du

jour, point de changement, le lavement n'est pas rendu.

Le 2 dans la matinée, assoupissement, point de réponse à aucune question; mais le moindre attouchement reproduit les mouvemens spasmodiques des membres du côté droit; pouls très-fréquent et petit. (Deux vésicatoires à la partie interne des cuisses, lavement avec sirop de nerprun et séné.) Dans la journée, augmentation de l'état comateux; le soir, paralysie du membre abdominal gauche, mort dans la nuit.

Ouvert. du cad. 36 h. après la mort. Arachnoïde de la surface supérieure des hémisphères cérébraux, surtout du gauche, fortement injectée.

Circonvolutions du lobe postérieur de l'hémisphère droit aplaties, offrant sous le doigt une sensation évidente de fluctuation. Une incision donne issue à un liquide verdâtre inodore, de consistance crêmeuse, à un véritable pus, semblable à celui qui s'écoule de beaucoup d'abcès phlegmoneux extérieurs. En prolongeant l'incision, on met à découvert une cavité irrégulièrement sphéroïde, de capacité à loger un œuf de poule, située en dehors et en arrière du ventricule du même côté avec lequel elle ne communique pas, séparée de l'arachnoïde par une lame très-mince de substance cérébrale, et communiquant en dehors, par une sorte de trajet fistuleux, avec une autre cavité de la capacité d'une noix. La face interne de ces deux abcès et du trajet

fistuleux qui les réunit, est tapissée par une membrane mince, d'un rouge grisâtre, douce et lisse au toucher, se détachant facilement, par lambeaux, du tissu sousjacent sur lequel elle ne semble, en quelque sorte, qu'appliquée. Mise dans l'eau, elle paraît comme villeuse et hérissée de filamens; enfin elle offre beaucoup d'analogie avec les membranes muqueuses. Autour d'elle, la substance cérébrale n'est ni injectée, ni plus molle, ni plus dure qu'à l'ordinaire. Dans chacun des ventricules latéraux, sérosité limpide et incolore en quantité médiocre; dans le reste de l'encéphale, aucune altération notable.

Viscères thoraciques et abdominaux sains.

§ I. Le kyste qui tapissait le foyer purulent, était trop bien organisé pour que vous puissiez croire que l'inflammation n'a commencé qu'au moment où les symptômes spasmodiques ont affecté le bras gauche; car elle n'aurait duré que quinze jours. Mais peut-on supposer qu'une inflammation existe long-temps dans le cerveau, sans se manifester par d'autres symptômes que par une pesanteur de tête? Oui, sans doute, et vous verrez bientôt des inflammations chroniques détruire presque tout un hémisphère, sans que rien ait pu le faire soupçonner. Or, si nous retrouvons ici tous les symptômes des inflammations aiguës, s'ils se succèdent dans le même ordre, il faut avouer que leur marche est extrêmement lente. D'abord, mouvemens spasmodi-

ques, puis contraction tétanique, ensuite faiblesse, engourdissement, sensation de froid, etc. En un mot, pendant quinze jours, le membre supérieur seul a été affecté, et vous avez vu que cela n'arrivait que dans les cas d'inflammation lente, chronique, ou d'épanchement sanguin peu volumineux. Ajoutons que les fonctions intellectuelles n'ont été troublées que par l'inflammation de l'arachnoïde. Ainsi, quoiqu'on ne puisse pas ranger cette inflammation parmi les chroniques, il faut se souvenir qu'elle n'est déjà plus du nombre de celles qu'on doit appeler aiguës.

§ II. Au bout de douze jours, *délire*, agitation; le lendemain mouvemens spasmodiques dans le cou et les membres du côté *droit ;* c'est-à-dire inflammation de l'arachnoïde à celle du cerveau succédant.

L'hémisphère gauche, qui jusque-là avait rempli ses fonctions dans toute leur intégrité, étant irrité par le voisinage de l'arachnoïde enflammée, ces mêmes fonctions sont exaltées, perverties, mais non détruites comme celles de l'autre hémisphère.

Rien n'est plus clair, comme vous le voyez, que toutes les circonstances de cette observation; aussi est-elle remarquable par une exactitude qu'on ne connaissait pas il y a encore peu de temps; on a même eu soin de noter que la substance cérébrale qui environnait le kyste, était tout-à-fait

exempte d'altération, et cela n'est pas indifférent, car le malade n'a éprouvé aucun symptôme d'une seconde inflammation cérébrale, d'une rechute.

§ III. Quant au traitement, vous avez sans doute remarqué que, pendant les quatre premiers jours, on avait employé des dérivatifs internes et externes, sans avoir préalablement tiré du sang. Aussi la face devint plus rouge, la céphalalgie plus violente. On mit alors des sangsues, mais en petit nombre; on les mit au cou, c'est-à-dire, près du siége de l'inflammation. On donna en même temps un apozème purgatif et une infusion d'arnica, et l'on continua pendant quatre jours les *dérivatifs*. Alors on vit la nécessité d'appliquer trente sangsues, mais il était trop tard. Je pense qu'il fallait faire précisément le contraire de ce qu'on a fait, c'est-à-dire, saigner d'abord largement, y revenir jusqu'à ce qu'on eût fait tomber l'éréthisme, et finir par les dérivatifs les plus puissans. Je me suis un peu appesanti sur le traitement, parce qu'on a employé les évacuations sanguines et les dérivatifs, qui sont les moyens les plus efficaces qu'on puisse mettre en usage en pareil cas, et vous auriez pu les juger fort mal.

N° 3.

Convulsions avec rigidité du côté *gauche*, agitation du côté droit, hémicranie à droite, déviation de la bouche à *gauche*, strabisme, hémiplégie à *gauche*, accès convulsifs, etc. Mort au bout de trois mois. — *Adhérences de l'arachnoïde à la dure-mère à* droite, *abcès enkysté dans le lobe postérieur de l'hémisphère* droit *du cerveau, sérosité très-abondante dans les ventricules.* (The Edinburgh medical and surgical Journal. 1805. vol. first. p. 150. Obs. of D. Bateman.)

Élisa Appleby, âgée de 5 ans, huit jours environ après la disparition d'une rougeole, fut affectée tout-à-coup de mouvemens convulsifs dans toutes les parties du corps. Ils continuèrent avec de légères rémissions pendant près de deux jours. Les membres du côté *gauche* étaient *contractés et roides*, tandis que ceux du côté droit étaient dans un mouvement continuel dans l'intervalle des convulsions. Elle se plaignait d'une céphalalgie qu'elle rapportait au côté *droit*, et s'écriait souvent qu'il lui venait quelque chose dans cette partie de la tête. Déviation de la bouche à *gauche*; strabisme considérable; pendant quelques jours, chaleur à la peau, soif; enfin paralysie des membres du côté *gauche*. La fièvre disparut assez promptement; mais les autres symptômes continuèrent pendant l'espace de cinq semaines avec des convulsions accidentelles, pendant lesquelles les membres du côté

gauche étaient *contractés avec roideur*, tandis que ceux du côté droit étaient continuellement en mouvement ; frictions mercurielles, suivies au bout de six jours de salivation ; vésicatoire à la tête, après lequel les convulsions ne revinrent plus qu'une fois ; apparition vers la suture sagittale d'une tumeur molle qui s'étendit du côté droit.

La malade, couchée sur le dos, criait violemment dès qu'on voulait la soulever ou la retourner. Elle se plaignait de temps en temps, et portait sa main *droite* à sa tumeur. Irascibilité habituelle ; quelquefois loquacité très-grande ; point de tendance à la stupeur ni au coma ; ouïe intacte ; vue nulle ; pupille dilatée ; strabisme, œil droit dirigé vers le nez, le gauche directement en avant ; point de fièvre ; chaleur à la peau ; appétit vorace ; constipation habituelle ; de temps en temps, constriction des mâchoires ; mouvemens rapides des yeux et des paupières, qui durent une ou deux minutes.

Le bras et la jambe *gauches* reprennent un peu leurs fonctions ; mais l'amaigrissement augmente de jour en jour. La tumeur de la tête se ramollit, semble contenir un liquide épais. La pression exercée sur elle ne produit aucune douleur, ne cause point de stupeur et n'augmente pas les autres symptômes, ce qui fait présumer qu'elle ne communique pas avec l'intérieur du crâne. Elle est ouverte huit jours environ après son apparition ; il en sort cinq ou six onces de pus ordinaire. (Demi-

grain de calomel avec autant de digitale, deux fois par jour.) Ce traitement fut suspendu quand il détermina des évacuations trop abondantes, repris ensuite, suspendu de nouveau. Au bout de trois semaines (c'est-à-dire deux mois après l'apparition des premiers symptômes), la malade se plaignit moins, reprit de l'embonpoint; mais du reste, même état, point de fièvre. Au bout de quinze jours, elle eut de fréquentes attaques de convulsions, pendant lesquelles le côté droit fut *presque* aussi affecté que le *gauche*; les membres inférieurs étaient roides et étendus, tandis que les supérieurs droits étaient dans un mouvement continuel. Entre les accès, repos, sensibilité conservée, aphonie, assoupissement, point de plaintes, pouls fréquent. On donne la digitale quand cela est possible. Au bout de huit jours, attaques plus fréquentes, insensibilité presque complète, anorexie, respiration stertoreuse, etc. Mort trois mois environ après le début de la maladie.

Autopsie cadavérique. La tête paraît volumineuse par rapport au corps, et légèrement saillante à *droite*. De ce côté, la dure-mère était très-intimement unie au crâne et *à la pie-mère*, ou plutôt ces deux membranes adhéraient fortement aux os; la dure-mère était opaque et épaissie. A gauche, rien de remarquable. L'hémisphère *droit*, surtout à sa partie postérieure, était visiblement plus gonflé; les circonvolutions étaient beaucoup moins distinctes,

sa surface était plus unie qu'à l'ordinaire. En coupant la substance cérébrale, on la trouva ferme et coriace; on distinguait à peine la substance grise de la blanche. Le lobe postérieur était presque entièrement rempli par un sac globuleux qu'on séparait, avec la plus grande facilité, de la substance cérébrale avec les doigts. Ce sac était très-vasculaire, d'une texture dense, d'une épaisseur considérable, et contenait environ quatre onces de pus de bonne nature. Il était éloigné du crâne d'environ trois quarts de pouce, et entouré partout de substance cérébrale, excepté une très-petite étendue qui correspondait à la partie postérieure du ventricule droit, dont il formait une partie des parois. Les ventricules étaient considérablement distendus par de la sérosité.

§ I. Les symptômes spasmodiques ont présenté, pendant toute leur durée, des caractères bien différens dans les deux moitiés du corps. Les membres du côté *gauche* étaient *contractés* et *roides*; les muscles de la face étaient dans le même état de contraction permanente, puisque la bouche était déviée à *gauche*, sans que le côté droit fût paralysé: ceux des yeux n'en ont pas même été exempts, comme le prouve le strabisme. Ainsi tout ce côté *gauche* était dans un état de roideur comme tétanique; les membres du côté droit étaient seulement agités d'un mouvement continuel. Cette différence seule eût suffi, dès le premier jour de la maladie, pour faire

soupçonner une inflammation simultanée de l'hémisphère *droit* du cerveau et de l'arachnoïde. (*Voy.* L. II, § XIV et XV.) Mais bientôt la céphalalgie s'est fixée à *droite*; les contractions tétaniques du côté *gauche* ont fait place à la paralysie, sans que le côté droit ait cessé d'être agité. Ces symptômes, que nous avons remarqués dans tous les cas de complication semblable, ont eu seulement une marche moins rapide, et présenté des variations, des intermittences plus nombreuses : aussi la maladie a-t-elle duré trois mois ; aussi le pus était-il environné d'un *sac très-vasculaire*, *d'une texture dense, d'une épaisseur considérable.*

Les symptômes d'inflammation cérébrale ont diminué à mesure que le pus s'est réuni en un foyer commun, que la congestion sanguine s'est dissipée; ils ont cessé lorsqu'un kyste a été organisé à la surface du pus, et que le cerveau a été habitué au contact de ce corps étranger.

§ II. L'arachnoïde de la surface de l'hémisphère *droit* avait contracté des adhérences intimes avec la dure-mère, parce que l'inflammation avait été plus intense de ce côté, qui correspondait à l'abcès du cerveau. Il n'en existait plus de traces du côté gauche, parce qu'elle s'était terminée par résolution en même temps que celle du côté droit par adhérence (1).

(1) *Voy.* les Obs. 3, 4, 5, 10 et 13 de la lettre précédente, et les réflexions qui y ont rapport, de la page 459 à la page 464.

§ III. Les ventricules étaient distendus par une grande quantité de sérosité; aussi remarquez bien que dans la dernière moitié de la maladie, les symptômes d'hydrocéphale aiguë ont peu à peu remplacé ceux d'inflammation du cerveau, et sont devenus de plus en plus prononcés. D'abord cris violens, irascibilité, plaintes continuelles, perte de la vue, dilatation de la pupille, agitation des yeux et des paupières, trismus, etc., qui caractérisent la période d'irritation, ensuite aphonie, assoupissement, insensibilité générale qui annoncent l'épanchement.

§ IV. Les fonctions intellectuelles ont été conservées jusqu'au moment où l'épanchement de sérosité dans les ventricules a produit l'état comateux, parce que l'inflammation du cerveau ayant été fort lente, l'hémisphère sain n'a pas été comprimé par l'hémisphère malade.

§ V. Vous avez vu si souvent la substance cérébrale qui environnait les abcès anciens, ramollie, diffluente, que vous aurez peut-être été surpris de lire que chez cette jeune fille, au contraire, elle était *ferme* et *coriace*. Mais dans les cas où nous avons remarqué cette altération, les malades avaient succombé tout-à-coup avec les symptômes d'une rechute de la première maladie.

§ VI. La tête parut un peu plus volumineuse à droite, c'est-à dire du côté de l'abcès, qu'à gauche. Dans l'espace de trois mois, à l'âge de 5 ans, le crâne peut bien avoir cédé d'une quantité notable.

Cette circonstance a sans doute contribué à conserver l'intégrité des fonctions intellectuelles, en empêchant l'hémisphère sain d'être aussi comprimé qu'il l'eût été sans cela.

§ VII. Il paraît que dans le principe on n'a employé aucun moyen énergique; il n'est question ni de saignées générales ni de saignées locales. Le calomel, malgré la salivation qu'il a déterminée, ne paraît pas avoir agi d'une manière efficace. Le vésicatoire qu'on a appliqué sur la tête a probablement été cause de l'inflammation du tissu cellulaire sous-jacent, puisqu'elle s'est manifestée immédiatement après, toutefois malgré l'étendue de l'abcès qui en a été la suite et son voisinage du cerveau, il ne paraît pas avoir été utile. Si vous vous rappelez les observations de guérison que je vous ai rapportées à la fin de la seconde lettre, vous serez porté à croire qu'un traitement antiphlogistique et dérivatif, employé dès le principe avec énergie, eût été plus heureux.

N° 4.

Chute sur la tête; un mois après, roideur dans le col, accès d'épilepsie, symptômes d'hydrocéphale. Mort deux mois après. — *Abcès enkysté dans le cervelet, et épanchement considérable dans les ventricules latéraux.*

Melle. Pirrot, âgée de seize ans, peu développée pour son âge, d'un tempérament lymphatique,

menstruée depuis un an, mais d'une manière assez irrégulière, tomba, vers la fin de novembre 1816, d'un premier étage sur la tête : ce fut le front qui porta. Elle ne perdit pas connaissance, mais bientôt après, elle fut prise de douleurs lancinantes dans toute la circonférence du crâne. (Vingt sangs. aux tempes et derrière les oreilles, saignée du pied, sinap., pédil. sinap. Le lendemain, large vésic. sur la tête.)

Par l'effet de ces moyens énergiques, les douleurs disparurent bientôt. Peu de temps après, on appliqua un autre vésicatoire au col, tandis que celui de la tête séchait. Pendant un mois, elle ne se plaignit de rien; les vésicatoires étaient secs. A cette époque, elle éprouva des douleurs très-vives et lancinantes dans les muscles de la partie postérieure du col, à l'endroit du vésicatoire, des mouvemens convulsifs fréquens qui duraient environ un quart-d'heure, et commençaient par les muscles du col. Dans ces accès, tout le corps était agité, la tête était renversée en arrière : ils revenaient dans le principe une fois par jour seulement ; ensuite ils devinrent plus fréquens, et au bout de quinze jours, ils étaient presque continus. Elle entra alors à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier 1817, salle du Rosaire, n° 21. Dans la journée, elle eut plusieurs accès convulsifs, pendant lesquels le pouls prit du développement. D'une minute à l'autre la pupille était alternativement très-dilatée et très-contractée sous l'influence de la même lumière ; les

muscles du col étaient très-douloureux, même dans l'intervalle des accès. Le pouls offrait les mêmes irrégularités que la pupille, tantôt lent, presque imperceptible, tantôt fréquent, plus fort et plus développé. La face était tantôt pâle, décolorée, et tantôt rouge vers les pommettes; la malade se plaignait souvent d'avoir froid, et ne se réchauffait qu'avec peine. Tous ces symptômes variaient d'une minute à l'autre, mais la face était toujours triste, le front ridé, le sourcil abaissé, l'œil fixe et immobile, la langue nette et humide. (Seize sang. à la nuque et derrière les oreilles; une heure après, une petite saignée du pied, eau de veau, pédiluve toutes les quatre heures, sinap. aux jambes.) Dans la journée, cris aigus et plaintes continuelles, mouvemens convulsifs fréquens et violens, vomissement spontané de matières vertes et filantes (c'est le premier depuis le début de la maladie); tantôt la malade répond bien à tout ce qu'on lui demande, tantôt elle se fâche, garde un silence obstiné, ou répond avec aigreur, et ne veut rien faire de ce qui lui est prescrit.

Le 13 janvier, douleurs un peu moins vives, point de vomissemens; du reste même état. (Eau de veau, julep antispasmodique, pédiluves sinapisés.)

Dans la journée, accès fréquens avec frissons et refroidissement considérable. Le soir, afin de n'être pas dérangée, elle dit qu'elle est parfaitement bien et n'a besoin de rien, mais le facies est toujours le même,

et les autres symptômes n'ont pas changé. Mort pendant la nuit, deux mois environ après la chute.

A l'ouverture du cadavre le crâne et la dure-mère étant enlevés, on remarqua que le lobe moyen de chaque hémisphère était plus bombé que de coutume, les circonvolutions *aplaties*, ce qui fit présumer un épanchement dans les ventricules. L'arachnoïde, qui recouvre le lobe postérieur, était plus injectée que celle des lobes moyen et antérieur. En enlevant horizontalement le cerveau par couches très-minces, on arriva presque aussitôt dans les ventricules latéraux, dilatés de manière à dépasser de plus d'un pouce le niveau du corps calleux. Chacun d'eux contenait environ trois cuillerées de sérosité ; ils étaient surtout dilatés en arrière et en bas, après l'endroit où ils se recourbent pour se porter en avant, en sorte que les corps striés et les couches des nerfs optiques étaient soulevés et faisaient saillie dans l'intérieur de la cavité. Du reste l'arachnoïde qui les tapisse était lisse, mince et transparente.

La tente du cervelet était adhérente à l'arachnoïde sous-jacente par une exsudation couenneuse, excessivement mince, mais qu'on apercevait cependant très-distinctement au moment où l'on écartait la dure-mère : alors elle se déchirait au moindre tiraillement. Dans quelques points cependant, cette fausse membrane était assez résistante, l'adhérence assez intime, pour que des portions du cervelet restassent unies à la dure-mère. L'arachnoïde était très-

rouge ainsi que toute la surface du cervelet; du côté gauche, les replis transversaux de sa surface paraissaient entièrement effacés, et à quelques lignes de profondeur, nous trouvâmes un corps lisse, parfaitement circonscrit, du volume d'un petit œuf de poule. Après l'avoir débarrassé de la substance cérébrale, on put enlever de la surface du kyste plusieurs couches de tissu cellulaire, formant comme autant de membranes très-minces celluleuses superposées. Le kyste étant ouvert, il en sortit une bonne cuillerée de pus verdâtre, parfaitement semblable à celui d'un abcès phlegmoneux, sans odeur prononcée, presque sans saveur, seulement un peu salé. La surface interne du kyste avait l'aspect muqueux qu'offrent les tissus accidentels qui se forment autour des foyers de pus anciens. La substance du cervelet était moins consistante que celle du cerveau. Rien de remarquable dans les autres cavités.

§ I. Cette observation offre un exemple assez frappant d'inflammation de la substance cérébrale par contre-coup, comme l'attestait une cicatrice adhérente au coronal.

Les accidens, combattus par un traitement énergique et rationnel, ont été si promptement et si complétement dissipés, que rien n'eût pu faire naître le plus léger soupçon de l'existence d'un abcès. J'ai déjà souvent arrêté votre attention sur des faits analogues, mais ils sont tellement importans et s'accordent si peu avec les idées géné-

ralement reçues au sujet des abcès du cerveau, que je ne puis trop vous les faire remarquer. Vous voyez que c'est toujours quand la fluxion inflammatoire cesse, quand le pus se réunit en foyer, que les symptômes diminuent, et que, malgré la présence de ce corps étranger, la substance cérébrale peut reprendre entièrement ses fonctions.

§ II. Ici, comme dans le cas précédent, les symptômes d'hydrocéphale aiguë ont seuls caractérisé la dernière partie de la maladie; c'est sous ce titre que l'observation a été recueillie, et l'ouverture du cadavre n'a pas démenti le diagnostic.

Plus nous avancerons dans l'étude des altérations chroniques du cerveau, plus nous aurons occasion de nous convaincre que ce ne sont presque jamais elles qui causent la mort, mais tantôt une inflammation nouvelle de la substance cérébrale environnante, tantôt une hémorragie foudroyante, et le plus souvent une arachnitis aiguë ou chronique. Dans tous ces cas, les caractères de la première maladie disparaissent; il est rare qu'on soupçonne son existence. Ceux de la seconde sont toujours difficiles à démêler. Ici il y avait en même temps inflammation récente du cervelet, de l'arachnoïde qui le recouvre et de celle des ventricules; mais la première paraît avoir eu peu d'influence sur la marche et le caractère de la maladie.

Dans la moitié correspondante à l'abcès enkysté, les replis transversaux du cervelet étaient effacés

de la même manière que les circonvolutions cérébrales l'étaient par l'accumulation de la sérosité dans les ventricules. Cet aplatissement est toujours produit par une compression exercée de dedans en dehors. Ainsi celui qu'on observe dans certains cas de ramollissement ou de suppuration commençante ou peu étendue, peut donner une idée de la turgescence que la fluxion inflammatoire avait déterminée pendant la vie.

§ III. Je dois, à l'occasion de cette observation, vous rapporter celle que M. Delamare a consignée dans l'ancien Journal de médecine, T. XXXIII, pag. 508. Elle est fort incomplète ; mais nous possédons si peu d'exemples d'inflammation du cervelet, que nous ne devons en négliger aucun.

« M. Guérin, vicaire à Gézeville, âgé de quarante-six ans, d'un bon tempérament, fort et replet, ayant bon appétit, se plaignait d'une douleur sourde qui devint par la suite aiguë sous le coronal. Il éprouva pendant un an des *vertiges, des vomissemens sans fièvre*. Il chancelait sur ses jambes, et manquait souvent de tomber en avant. Le traitement employé fut antiphlogistique et dérivatif. »

A l'ouverture du cadavre, M. Delamare trouva les méninges et les deux lobes du cerveau en bon état dans toutes leurs parties..... ; mais l'enveloppe du cervelet était affaissée, ridée, et ne contenait qu'environ la moitié de la coque d'un œuf de liqueur lymphatico-purulente brune et fétide.

Vous savez qu'on pense généralement que les affections du cervelet influent spécialement sur les fonctions des viscères pectoraux et abdominaux. Cette opinion semble confirmée par les vomissemens auxquels le malade était sujet depuis un an ; mais, sans parler de l'observation précédente, nous verrons beaucoup d'affections du cervelet qui n'ont pas été accompagnées de vomissemens sympathiques, et, au contraire, nous verrons ce symptôme persister avec opiniâtreté dans quelques affections cérébrales ; d'ailleurs, on n'a pas examiné l'estomac.

Il est probable, quoiqu'on ne le dise pas, que cet abcès était enkysté et qu'il s'est vidé en partie dans les manœuvres nécessaires pour extraire le cervelet de la cavité du crâne.

N° 5.

Paralysie du côté *droit*, retour des mouvemens et de la sensibilité. Mort long-temps après dans un état comateux. — *Abcès enkysté dans l'hémisphère* gauche, *sérosité dans les ventricules.*

Dufour (Magdelaine), âgée de 45 ans, apportée à l'Hôtel-Dieu, salle St.-Antoine, n° 41, le 1er août 1820, s'exprimait avec une très-grande difficulté et ne remuait ses membres qu'avec une extrême lenteur. On ne put en tirer aucun renseignement sur sa maladie. Ceux qui l'avaient accompagnée dirent seulement qu'à la suite d'une apoplexie, elle avait eu, pendant fort long-temps, le

côté *droit* paralysé. Pendant trois jours on se contenta de lui donner une infusion de mélisse, avec deux onces d'acétate d'ammoniaque. Le quatrième jour, coma profond, cessation de toutes les fonctions intellectuelles; pupille droite très-resserrée; pupille gauche très-dilatée; difficulté d'avaler; membres souples; point de contraction musculaire; pouls dur et lent; face colorée; aphonie. Pendant quatre jours, application de sangsues aux tempes ou au col; sinapismes aux pieds; boissons laxatives. A la suite de ce traitement, la malade se trouva mieux, parut entendre ce qu'on lui disait; les pupilles étaient également dilatées; elle remua un peu les membres, mais l'embarras de la parole persista; et deux jours après, elle retomba dans un coma plus profond. On appliqua plusieurs fois des sangsues, mais sans aucune amélioration : la malade mourut le 20 août.

Autop. cadav. Vaisseaux de la pie-mère très-injectés; arachnoïde cérébrale sèche; substance cérébrale de consistance ordinaire; sérosité dans les ventricules. Au côté externe du ventricule gauche, au-dessous du centre ovale, on trouva, en coupant le cerveau, un kyste bien organisé du volume d'un œuf, que l'on put détacher tout entier sans le rompre. On l'ouvrit, et il en sortit un pus verdâtre d'une odeur extrêmement fétide. En examinant ce kyste, on reconnut qu'il était composé de trois membranes : une extérieure, à laquelle adhérait la

substance cérébrale, extrêmement fine, celluleuse, se détachait avec assez de facilité de la moyenne. Celle-ci était consistante et plus épaisse; l'interne avait un aspect velouté, semblable à celui des membranes muqueuses, et présentait à sa surface des villosités marquées.

Les intestins étaient rouges dans quelques points, et présentaient des traces d'inflammation, mais point d'ulcérations : rien de remarquable dans la poitrine.

Cette observation m'a été communiquée par M. Pariset, élève interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.

§ I. Nous ne savons pas quels symptômes ont accompagné ou précédé cette hémiplégie, mais nous savons qu'on l'a attribuée à une hémorragie cérébrale, ce qui doit nous faire présumer qu'elle est survenue assez rapidement, que, par conséquent, l'inflammation a suivi une marche aiguë. Nous ne savons pas combien de temps s'est écoulé depuis l'apparition de cette inflammation jusqu'à la mort; mais il doit avoir été fort long si l'on en juge par l'organisation des parois du kyste. Ce qu'il y a de bien certain, c'est que les membres paralysés ont repris peu à peu leurs fonctions, malgré l'existence d'un abcès assez considérable dans la substance cérébrale. Cette circonstance ne vous surprendra pas, si vous vous rappelez que presque tous les malades chez lesquels on a trouvé le pus réuni en foyer distinct, avaient éprouvé une rémission remarquable

de tous les symptômes, qu'on prit même, chez plusieurs d'entre eux, pour un commencement de convalescence. Vous avez vu (T. Ier, p. 464) que c'était à l'époque où le pus se rassemblait en foyer, que survenait cette espèce de détente, semblable à celle qu'on observe dans toutes les suppurations phlegmoneuses : ce qui m'a fait dire qu'il fallait bien distinguer, dans l'étude des affections cérébrales, les phénomènes produits par la congestion, de ceux qui dépendent d'une altération du tissu du cerveau. (*Voy.* T. Ier, p. 472.)

§ II. Ici, comme dans le cas précédent, il n'est pas question de ramollissement du cerveau autour du kyste; mais il existait un épanchement de sérosité dans les ventricules, et les symptômes, observés depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, sont exactement semblables à ceux qu'Élisa Appleby a éprouvée dans la dernière période de sa maladie. Au reste, rien n'est plus commun que les affections chroniques de l'arachnoïde, et les épanchemens séreux dans les ventricules, à la suite des altérations organiques du cerveau.

N° 6.

Céphalalgie à *gauche*, accès convulsifs à *droite*, engourdissement, mouvemens involontaires; enfin paralysie du côté *droit*, coma. Mort sept mois après. —*Abcès enkysté occupant tout un hémisphère.* (Abercrombie. the Edinburgh med. and surg. Journal. July 1818. Obs. 10.)

Un homme, âgé de quarante ans, après avoir res-

senti pendant deux mois des douleurs et des battemens dans le côté *gauche* de la tête, est pris, le 14 mars 1814, de mouvemens convulsifs du bras et de la jambe du côté *droit*. Les accès qui ne duraient qu'une minute, diminuèrent de fréquence, puis disparurent entièrement. Il survint des vertiges, du trouble dans ses idées et de l'engourdissement dans le côté *droit*, bientôt accompagné de mouvemens involontaires de la jambe et du bras, semblables à ceux de la chorée, puis suivis d'une paralysie complète des mêmes parties, d'embarras dans la parole, et enfin de mutisme complet. Vers le milieu de juin, émission involontaire de l'urine et des matières fécales, nul dérangement dans les facultés intellectuelles; jusqu'à la fin de juillet, point de changement, le malade pousse quelques cris et porte sa main au front; à cette époque, état comateux, mort (sept mois environ après l'apparition des premiers symptômes).

Tout l'hémisphère *droit* n'offrait plus qu'un *sac* rempli de pus et d'une matière molle et pulpeuse. Le ventricule n'était séparé de cette masse que par la membrane qui le tapisse, et contenait un peu de sérosité. Dans la couche gauche des nerfs optiques, il y avait un caillot de sang de la grosseur d'une noix.

§ I. Après deux mois de céphalalgie, surviennent des symptômes spasmodiques intermittens, irréguliers, de longue durée, suivis d'une paralysie suc-

cessive des parties affectées de convulsions. En un mot, on observe, dans l'espace de sept mois, la même série de phénomènes qui, dans les inflammations aiguës, s'achève dans l'espace de douze ou quinze jours : ainsi cette observation tient aux inflammations aiguës par la nature des symptômes, et aux chroniques par la durée.

§ II. Il est question vers la fin de la maladie d'émission involontaire des urines, ce qui veut dire *émission des urines par regorgement.*

§ III. Peu de temps avant la mort, le malade avait encore conservé son intelligence malgré la destruction de tout un hémisphère du cerveau, parce que, s'étant opérée avec une extrême lenteur, elle n'a pas influé sur l'hémisphère sain.

L'état comateux a probablement été produit par l'épanchement sanguin survenu dans la couche des nerfs optiques de ce dernier.

§ IV. C'est dans le côté *droit* du corps que se sont montrés les symptômes d'inflammation du cerveau, et cependant c'est dans l'hémisphère *droit* qu'on dit avoir trouvé l'abcès; il est possible qu'en disséquant le cerveau, on l'ait retourné, et qu'on ait pris un côté pour l'autre; rien n'est plus facile quand on n'y fait pas attention. Peut-être l'erreur s'est-elle glissée dans la rédaction ou dans l'impression du fait. Mais je suis convaincu que c'était l'hémisphère *gauche* qui était enflammé, d'autant plus que la douleur de tête était fixée du côté gauche.

Je sais bien qu'il existe des fibres de la partie supérieure du cerveau qui ne s'entrecroisent pas à l'origine de la moelle, mais ici la totalité de l'hémisphère était réduite en pus.

M. Broussais, dans la dernière édition de son Traité des Phlegmasies chroniques, a publié sur les affections cérébrales plusieurs faits importans; voici ceux qui ont rapport aux abcès enkystés.

N° 7.

Violente impression, tristesse, stupeur, paralysie d'un côté de la face. Deux jours après, hémiplégie complète à *droite ;* noix vomique nuisible deux fois. Au bout de trois mois, rechute. Mort trois jours après. — *Plusieurs foyers purulens dans l'hémisphère* gauche, *ramollissement de la substance cérébrale environnante.* (Ouv. cité, T. II, p. 411.)

« M. Thavernier, capitaine au. . . . régiment, âgé de quarante-deux ans, cheveux très-blonds, teint coloré, peau blanche, médiocrement robuste, mais bien conformé, reçut au milieu du Palais-Royal, en mai 1815, quatre-vingt-dix jours avant sa mort, une lettre qui lui donnait de mauvaises nouvelles. Pendant la lecture de cette lettre, il resta immobile, comme stupide, et éprouva une paralysie du côté gauche de la face, marquée par une distorsion du côté droit. On le conduisit chez lui où quelques soins lui furent donnés; il se re-

mit; mais deux jours après, il rechuta et fut conduit au Val-de-Grâce. Lorsque je l'observai, la distorsion n'était marquée que lorsqu'il faisait agir les muscles de la face. La physionomie était stupide; le malade gardait le silence. Lorsqu'on lui demandait avec énergie de montrer sa langue, il ouvrait la bouche; mais la langue ne sortait point. Il y avait paralysie complète du bras, de la cuisse et de la jambe du côté droit; pouls plein, large, dur, lent; chaleur de la peau peu augmentée, respiration un peu ralentie, saignée forte du bras, quarante sangsues sur les jugulaires; aucune amélioration. Les jours suivans, je lui administrai l'émétique et les cathartiques, qui produisirent des évacuations abondantes sans procurer aucun soulagement. On s'aperçut que la vessie était aussi paralysée, et il fallut y laisser une sonde à demeure.

» Après ces premiers moyens, j'eus recours aux stimulans recommandés en pareil cas, dans l'espoir d'en obtenir l'effet révulsif. Ainsi, décoction de fleurs d'arnica avec l'acétate ammoniacal; frictions avec la teinture de cantharides sur les lombes; quatre à cinq gouttes de cette teinture dans une pinte de tisane émolliente. Il en résulte une irritation de l'urètre, du gland et du prépuce qui commençait à s'ulcérer; il fallut se réduire aux émolliens: on mit un vésicatoire à la nuque.

» Cependant, à la suite de ce traitement, et sept à huit jours après l'arrivée du malade, on observa

une augmentation de l'attention, diminution de la stupidité, appétit beaucoup plus vif, pouls plus souple, mais la paralysie était la même. Ce fut alors que j'eus recours à la teinture de noix vomique, que l'on vantait à cette époque comme un excitant particulier du système nerveux rachidien. J'étais d'autant plus empressé d'en faire l'essai, qu'un excellent observateur, le docteur *Gerard-Girardot*, avait déclaré, dans sa thèse soutenue en 1812, que cette substance exerçait une action très-remarquable sur l'encéphale. Au bout de deux ou trois jours de l'emploi de ce moyen, le malade se met à balbutier, et paraît avoir des visions, des hallucinations ; il s'emporte contre ceux qui le servent, vide son urinal dans son lit, s'agite péniblement, et fait du bruit pendant la nuit; du reste, aucune diminution dans la paralysie. Cette irritation étant donc jugée en pure perte, je supprime le médicament après une quinzaine de jours de son usage. Disparition du délire fantastique. J'essaie les purgatifs drastiques, ils produisent la diarrhée, et je m'aperçois que le malade a contracté une colite. Je renonce à ce nouveau moyen, et la diarrhée se calme. Le vin anti-scorbutique et celui de kina ne produisent aucun effet sur l'hémiplégie.

» Après plus d'un mois d'interruption de l'usage de la noix vomique, j'y reviens, et j'ai encore l'occasion de constater son effet hallucinant, sans aucun avantage pour le mouvement musculaire; un mois

plus tard je m'avise d'administrer la liqueur de Van-Swieten, qui m'avait réussi contre une paralysie universelle en Andalousie. Je la donne avec la même précaution que dans la syphilis. Dès ce moment, le malade se trouve mieux, il prononce certains mots, montre sa langue, et exécute quelques mouvemens de la jambe paralysée. Je persévère, et les progrès continuent avec lenteur. Il arrive au point de pouvoir s'asseoir seul sur son lit, et de se tenir debout en s'aidant du membre paralysé; il parle, quoiqu'avec difficulté, et répond sur un plus grand nombre de sujets qu'auparavant; il conserve cependant encore un peu d'idiotisme. Le pouls est très-calme, la respiration aussi libre qu'en santé, l'appétit excellent. Dans cet état, dont nous suivions les progrès avec un extrême plaisir, M. Thavernier reçoit une nouvelle lettre que l'on dit être de sa femme : il la lit, et à l'instant perte de la parole, immobilité générale, abolition de tous les sens, élévation et dureté du pouls, respiration stertoreuse, en un mot apoplexie complète. Emploi des saignées, des émétiques, des vésicatoires, etc. Tout est inutile, passage à l'état d'agonie, et mort le troisième jour de l'accident.

» *Autopsie. Tête.* Les sinus assez engorgés, un peu de sérosité trouble dans le ventricule latéral droit, rien dans le gauche, mais l'hémisphère de ce côté est ramolli et affaissé dans sa partie moyenne;

on l'ouvre, et l'on y découvre plusieurs foyers purulens communiquant entre eux dans la substance du lobe, sans s'ouvrir entre les circonvolutions. Ces foyers ont des parois grisâtres, inégales, enduites d'une bouillie purulente ; mais ils sont plutôt affaissés que distendus, comme si le pus eût été en partie résorbé. Au total, l'hémisphère est considérablement diminué de volume; l'ouverture des autres cavités n'offrait rien de malade, si ce n'est une petite tache jaune ecchymosée vers le bas-fond de l'estomac. »

§ I. Vous avez déjà vu un grand nombre d'exemples de l'influence des affections tristes sur le développement des inflammations du cerveau (L. Ire, n° 8 ; L. II, nos 9, 10, 17 et 19; *voy.* aussi pag. 225); mais aucun n'a été aussi frappant que celui que vous venez de lire, tant l'effet a été à deux reprises prompt et violent. Dans les cas analogues, lorsqu'on n'a pas constaté, par l'examen cadavérique, l'état du cerveau, on a regardé ces paralysies comme purement nerveuses, c'est-à-dire comme indépendantes de toute altération locale, car on n'a pas moins abusé des *affections nerveuses* que des *fièvres essentielles*, *des sympathies*, etc. Je ne vois cependant pas où est la difficulté de concevoir l'influence des impressions qu'on appelle morales sur le cerveau; elles ne sont autre chose que des perceptions cérébrales ; elles agissent sur le cerveau comme les alimens sur l'estomac : leur action, moins violente que celle des

commotions physiques, n'est pas pour cela moin directe.

§ II. D'après les accidens éprouvés par M. Thavernier à la lecture de la première lettre, on doit croire qu'il s'opéra vers le cerveau une congestion cérébrale brusque qui fut suivie, je ne dirai pas d'une hémorragie, puisqu'on ne trouva pas de caillot, mais d'un de ces ramollissemens avec infiltration sanguine, d'une de ces espèces d'ecchymoses dont vous avez vu de nombreux exemples dans la Lettre Ire. L'inflammation chronique qui a produit les abcès n'a, pour ainsi dire, été qu'une continuation de cette première impulsion. Cette opinion est aussi celle de M. Broussais ; je vous l'aurais rapportée textuellement si lui-même ne m'avait fait l'honneur de me citer.

§ III. Le malade eut une rechute qui amena la mort trois jours après, et la substance cérébrale qui environnait les abcès était ramollie.

A l'époque où cette rechute est arrivée, tout semblait présager une prochaine guérison, et les abcès étaient plutôt affaissés que distendus, *comme si le pus eût été en partie résorbé.* Si l'on ne peut tirer de conséquences rigoureuses de ce rapprochement, du moins il permet de concevoir la possibilité de l'absorption complète du pus, même lorsqu'il est environné d'un kyste, et nous devons saisir avec avidité tout ce qui peut donner aux praticiens quelque lueur d'espérance dans le traitement d'une maladie

qu'ils n'ont que trop de raison de regarder comme au-dessus des ressources de l'art et de la nature.

§ IV. Je vous ai déjà rapporté plusieurs exemples des fâcheux effets de la noix vomique dans le traitement des hémorragies et des inflammations cérébrales. M. Broussais a eu soin de faire remarquer que chez son malade elle a porté, *dans l'encéphale et dans les voies gastriques, une irritation dont les suites auraient été funestes si l'usage n'en avait été interrompu*. Il est probable que, malgré cette sage précaution, son action n'a pas peu contribué à la terminaison de cette inflammation par suppuration.

N° 8.

Taciturnité, stupeur, insensibilité générale, symptômes de gastro-entérite. — *Abcès enkysté dans chaque hémisphère du cerveau, plusieurs collections de pus dans le foie, injection plus ou moins considérable de l'estomac et des intestins.* (Broussais, Phlegmasies. Chron. T. II. p. 416.)

« Un militaire, âgé de vingt-quatre ans, brun, charnu, robuste et sanguin, à son arrivée à l'hôpital de Pau, annonça quinze jours de maladie ; mais on remarquait un embarras dans ses idées, qui ne permettait pas de s'en rapporter à sa déclaration, car il ne pouvait rendre un compte exact des phénomènes de l'invasion. Il avait été évacué d'hôpital en hôpital pendant plusieurs jours, depuis la ligne

militaire placée à la hauteur de Saint-Jean Pied-de-Port, jusqu'à Pau. On le voyait taciturne, répondant à peine, les yeux bien ouverts, mais avec un air stupide, et ne se plaignant presque de rien : il pouvait néanmoins se lever pour satisfaire ses besoins. La face était très-colorée, surtout aux pommettes; la langue rouge, le ventre un peu douloureux à la pression; la peau, d'un coloris très-pur, mais d'une chaleur âcre au toucher; le pouls un peu plus fréquent que dans l'état de santé. Il fut traité par les adoucissans, et l'on prescrivit une diète assez sévère.

» Après dix à douze jours de l'emploi de ces moyens, cet homme me parut entrer en convalescence; on ne sentait plus ni chaleur ni fréquence, et il accusait de l'appétit; mais la taciturnité et la stupidité continuaient. Il répondait rarement et d'une manière très-laconique; mais souvent il s'asseyait dans son lit, et regardait d'un air stupide ce qui se passait autour de lui. Il ne parlait que pour demander à manger ou pour satisfaire à quelque autre besoin. On fut très-circonspect sur le régime, à cause d'une certaine rougeur persévérante de la langue. Le malade se procura des alimens.

Cette amélioration ne dura guère que cinq à six jours; bientôt on vit reparaître la chaleur âcre et la fréquence du pouls : ensuite la diarrhée se déclara, et la réaction fébrile tomba entièrement. La peau devint alors un peu obscure et comme terreuse; la

stupeur fit des progrès ; les besoins ne furent plus sentis, et le malade expira sans avoir éprouvé de phénomènes convulsifs et sans agonie, le vingt-deuxième jour à compter de son arrivée, trente-septième de l'invasion, selon la déclaration du malade.

» *Autopsie.* Les muscles étaient volumineux et d'une belle couleur. *Tête.* On y trouva deux vastes foyers remplis d'un pus verdâtre, gluant et inodore, occupant chacun le centre d'un hémisphère cérébral, ne communiquant point avec les ventricules latéraux, mais circonscrits par un kyste blanc, sorte de pus concret assez facile à déchirer ; du reste, une injection considérable de tout l'encéphale. *Poitrine.* Semi-hépatisation du lobe gauche, qui était partout fort engorgé de sang. *Abdomen.* Foie énorme, très-sanguin, occupant les deux hypocondres, adhérant avec la rate, de consistance très-forte, et contenant dans le centre de son grand lobe plusieurs collections d'un pus très-blanc, très-lié, et ayant la consistance du pus phlegmoneux ordinaire ; la membrane muqueuse de l'estomac, rouge à différens degrés ; celle de tous les intestins, et surtout du colon, rouge ou noire et très-épaissie. »

§ I. Il existait en même temps chez cet individu trois inflammations dont la moindre eût suffi pour causer la mort : c'est probablement cette coïncidence qui a entravé leur développement, car leur marche a été lente et leurs symptômes peu prononcés. Ceux

de la gastro-entérite ont été les moins équivoques; elle paraît avoir été la plus intense et par cette raison avoir, en quelque sorte, *obscurci* les deux autres, pour me servir des expressions d'Hippocrate. L'inflammation du cerveau s'est terminée par suppuration, sans produire de paralysie ni de convulsion, par la même raison que des abcès se sont formés dans le foie sans ictère, sans douleur à l'hypocondre droit, etc. Pourquoi le cerveau ne serait-il pas soumis aux mêmes lois que les autres organes? Dans tous, n'a-t-on pas trouvé des traces d'inflammation chronique et même aiguë, dont rien n'avait fait soupçonner l'existence pendant la vie, parce qu'elle avait coïncidé avec une autre plus intense? L'absence de paralysie et de convulsion n'a donc rien ici qui doive vous étonner.

Mais voici ce qui pourrait vous embarrasser un moment : vous avez vu des cas où les malades ont conservé toute leur intelligence jusqu'au moment de la mort, quoiqu'un côté du corps fût complétement paralysé depuis long-temps, et dans tous ces cas, l'inflammation ayant marché d'une manière fort lente, j'ai attribué l'intégrité des fonctions intellectuelles au peu d'intensité de la turgescence inflammatoire qui avait permis à l'hémisphère sain de continuer ses fonctions. Or ici il faut bien admettre que la congestion sanguine a été peu considérable, puisqu'il n'y a pas eu de paralysie. Pourquoi donc les fonctions intellec-

tuelles ont-elles été presque anéanties dès le début de la maladie? C'est que les deux hémisphères étaient affectés en même temps. Ainsi cette observation qui semblait devoir renverser la théorie, vient au contraire la confirmer d'une manière très-rigoureuse. Il n'existe point d'anomalies dans la nature; quand nous croyons en rencontrer, c'est que nous sommes partis de principes faux, ou que nous en avons fait une application vicieuse, ou que nous ne connaissons pas toutes les données du problème à résoudre.

N 9.

Coup à la tête, dérangement dans les fonctions intellectuelles vingt mois après, hémicranie à *gauche*, embarras de la parole, aphonie, hémiplégie à *droite*, amélioration, rechute. — *Abcès enkysté considérable à la partie postérieure de l'hémisphère* gauche, *ramollissement de la substance cérébrale environnante, sérosité dans les ventricules.*

Goutain (Gabriel), âgé de 39 ans, orfévre, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, était sujet, depuis sa plus tendre enfance, à des épistaxis fréquens et à un écoulement puriforme par les oreilles, supprimés depuis deux ans, à la suite d'un coup violent qu'il se donna à la tête. Depuis cette époque, il avait souvent des absences, et quelquefois devenait comme fou. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, il éprouva du côté

gauche de la tête une violente douleur qui ne l'a jamais quitté depuis. Deux mois après, la douleur augmenta encore; il éprouva de la difficulté à parler, et en conçut beaucoup de chagrin. Huit jours après, il commença à montrer du désordre dans ses idées. Cet état dura environ cinq jours; alors il perdit presque entièrement l'usage de la parole. On lui appliqua un large vésicatoire au dos. Enfin l'aphonie devint complète; et peu à peu il se manifesta une paralysie de tout le côté *droit*: il entra à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Magdelaine, n° 31, le 5 février, dans l'état suivant.

Paralysie complète du sentiment et du mouvement dans tout le côté *droit* du corps; perte de l'ouïe et de la parole; pouls très-fréquent et très-faible; langue blanche; respiration assez facile. (Sinap. aux pieds, infus. d'arnica miellée.)

Le lendemain, peu de changement (arnica, café concentré avec acét. d'ammon. ℥ j, et sirop de kk. ℥ ij; quatre sinap., deux aux mollets et deux aux cuisses, à trois heures d'intervalle). Le soir, le malade parle un peu. Du reste mêmes symptômes.

Le 7, peu de changement (même perscription; moins les sinapismes.)

Le 8, la parole est plus libre; les mouvemens du bras sont en partie revenus; le pouls est moins fréquent; l'assoupissement a diminué; cependant la figure conserve une empreinte d'étonnement et de stupeur; le malade ne sort sa langue que diffici-

lement, ne répond pas à la plupart des questions, et paraît indifférent à tout ce qui le concerne. On s'aperçoit, pour la première fois, qu'il exhale une odeur de souris assez prononcée. (Même prescription; de plus, un vésicatoire derrière l'oreille *gauche* où le malade a de la tendance à porter la main.)

Le 9, odeur de souris plus prononcée; pouls moins fréquent et plus développé; mouvemens du bras et des doigts; du reste, même état (même prescription, plus, un bain sulfureux).

Le 10 et le 11, point de changement.

Le 12 et le 13, amélioration dans les mouvemens et le facies. (Squine miellée, moutarde pure, ℥j, en deux fois.)

Les 14, 15 et 16, le malade retombe peu à peu dans le même état que le jour de son entrée, et de plus, urine dans son lit. (Bains sulf., arnica miellée, vin de kk. ℥ IV, jul. bech. avec l'huile animale de Dippel, gout., 8.)

Le 17, augmentation de la paralysie et des symptômes de compression; perte totale de connaissance, et cependant la respiration est parfaitement libre; la figure est à peine changée. (Sinap., vésic.) Mort dans la matinée.

Autopsie cadavérique. Le crâne et les membranes du cerveau étant enlevés, on remarqua que les circonvolutions étaient aplaties, les anfractuosités effacées comme dans les cas d'hydrocéphale. Les

ventricules contenaient environ deux onces et demie de sérosité limpide. Il se fit une déchirure à la partie postérieure de l'hémisphère gauche, par laquelle sortit une grande quantité de pus ; on fendit longitudinalement la substance cérébrale, et on tomba sur un foyer purulent extrêmement considérable, situé dans le lobe postérieur, assez près de la surface, contenant environ quatre onces d'un pus grisâtre, plus lié, plus filant que le pus ordinaire, se rapprochant du mucus nasal. Ce pus était renfermé dans un kyste fort épais composé de deux membranes qu'on put isoler dans une grande étendue. L'interne était d'un blanc rougeâtre, offrait à l'intérieur l'aspect d'une membrane muqueuse légèrement enflammée ; l'externe avait une apparence fibreuse assez prononcée. La substance cérébrale qui environnait le kyste, était *très-molle*, d'un *jaune verdâtre* dans quelques points ; le côté droit du cerveau et le cervelet étaient sains. On ne trouva rien de remarquable dans les autres cavités splanchniques.

§ I. Au premier coup-d'œil on pourrait croire que l'inflammation n'a commencé que trois mois avant l'entrée du malade à l'hôpital, puisque c'est seulement à dater de cette époque qu'il a ressenti cette violente douleur dans le côté gauche de la tête, qui a été le premier phénomène capable de faire soupçonner une phlegmasie cérébrale. Cependant, si vous remarquez qu'à la suite du coup violent qu'il

reçut à la tête, les épistaxis fréquens et l'écoulement purulent des oreilles, auxquels il était sujet, disparurent; qu'il éprouva un dérangement notable dans son intelligence, enfin que les parois du kyste avaient une grande épaisseur, étaient composées de membranes distinctes et bien organisées, et si vous ajoutez que dans les affections chroniques en général, et dans celles du cerveau en particulier, rien n'est plus commun que de voir des altérations profondes exister pendant un temps fort long, sans que rien puisse en faire soupçonner l'existence, vous serez convaincu que l'inflammation qui a produit cet abcès a commencé à une époque peu éloignée du coup. Nous voilà arrivés aux inflammations tout-à-fait chroniques dès leur origine.

§ II. Le siége de la céphalalgie à *gauche* et de l'hémiplégie à *droite*, la lenteur extrême avec laquelle la paralysie se développa, avaient fait présumer qu'il existait une altération organique dans l'hémisphère *gauche* du cerveau. Une hydrocéphale chronique eût pu produire des symptômes semblables avec la même lenteur, mais la paralysie eût affecté les deux moitiés du corps, et la céphalalgie, si elle eût existé, n'aurait pas été bornée à une moitié de la tête.

§ III. A la suite d'un traitement incendiaire, amélioration marquée, mais au bout de quelques jours, augmentation rapide des premiers symptômes, mort prompte. Autour du kyste, substance

cérébrale *très-molle* et d'un *jaune verdâtre* dans quelques points ; que faut-il en conclure ? Que le café, l'ammoniaque, le quinquina, la moutarde, etc., en excitant vivement le cerveau par leur influence directe sur cet organe, ou leur action sur les conducteurs de la sensibilité, ont réveillé momentanément ses fonctions comme engourdies , mais que l'abcès enkysté étant, pour la substance cérébrale environnante, une cause prédisposante continuelle d'inflammation, cette excitation exagérée a facilement passé à l'état inflammatoire ; de-là la rechute et le *ramollissement verdâtre*.

Les circonvolutions cérébrales étaient plus aplaties que dans les observations précédentes, parce que la tumeur enkystée était plus considérable.

§ IV. Il est évident que l'odeur de souris était due à l'espèce de rétention d'urine dont j'ai parlé, T. Ier, p. 236, puisque le malade *urinait dans son lit*. Il paraît qu'on n'en a pas connu la véritable cause, car je ne me souviens pas qu'on ait fait usage de la sonde. On a sans doute regardé cet écoulement continuel et involontaire comme une incontinence d'urine, dépendant d'un relâchement du col de la vessie. C'est une erreur sur laquelle je ne crains pas de revenir parce qu'elle a des conséquences graves et qu'elle est très-commune.

§ V. Lieutaud rapporte une observation tout-à-fait analogue (liv. 3, obs. 115).

Un homme, âgé de 50 ans, sujet à des vertiges

et à des pesanteurs de tête, avait perdu la mémoire: il éprouvait parfois des douleurs atroces et des absences d'esprit momentanées. Enfin ses sens s'affaiblirent; il survint de la somnolence, et un accès d'épilepsie termina sa vie.

On trouva dans l'hémisphère droit un vaste abcès qui s'étendait jusqu'à la moelle allongée, et contenait une matière crue ou, comme on dit, froide. Il est aisé de voir qu'il s'agit ici d'un abcès enkysté quoiqu'il ne soit pas question de kyste.

N° 10.

Coup à la tête, six mois après, vertiges, douleur dans l'œil *droit*, paralysie du côté *droit*, accompagnée de mouvemens convulsifs. — *Abcès enkysté dans l'hémisphère* gauche *du cerveau.* (Scultet, Obs. de chirurgie. 19e.)

Un militaire, âgé de 27 ans, reçut un coup de sabre sur la partie postérieure de la tête, avec lésion de l'occipital. Cette maladie fut traitée dans le principe comme une plaie simple. Six mois après, il entra à l'hôpital. Le chirurgien introduisit un stilet mousse par la plaie, bouchée en partie par une excroissance charnue, et l'enfonça du tiers de sa longueur entre les membranes et *même dans la substance du cerveau*; il en sortit ensuite beaucoup de pus. Le lendemain et le surlendemain, le malade se plaignit de pesanteur des yeux. Scultet, instruit de tout, et d'après l'inspection de la plaie,

jugea qu'il y avait *un serpent caché sous l'herbe*, fit une incision au péricrâne, et découvrit une fente à l'os. Le sixième jour, vertiges, douleurs de l'œil droit, même état jusqu'au quinzième jour. Les fongosités augmentent. Le dix-neuvième, issue d'une grande quantité de pus par la plaie. Le vingtième, le côté *droit* est *tout-à-fait paralysé*, le malade perd la parole, tombe dans un état carotique, a le bras *droit* agité de mouvemens convulsifs, meurt vingt-trois jours après son entrée à l'hôpital, sept mois après l'accident.

Le crâne était altéré, aminci, etc. On trouva un abcès dans le lobe *gauche* du cerveau, enveloppé d'une membrane propre fort épaisse, contenant une grande quantité de pus fétide. Le ventricule gauche était comprimé; le droit avait plus de capacité et était plein de sérosité.

§ I. Cette observation nous offre un nouvel exemple des désordres considérables que peut produire une inflammation chronique du cerveau, sans se manifestrr par aucun symptôme extérieur. Celle qui causa cet abcès enkysté a sans doute commencé à une époque peu éloignée du coup reçu à la tête, car on ne peut pas supposer qu'une membrane fort épaisse ait eu le temps de s'organiser autour du pus, dans le peu de jours pendant lesquels le malade présenta des symptômes d'affection cérébrale.

Ces symptômes ont commencé à se manifester le lendemain de l'introduction d'un stylet jusque *dans*

la substance cérébrale. Ils ont présenté tous les caractères des inflammations aiguës ; la paralysie du côté *droit* a été précédée de pesanteur de tête, de douleur dans l'œil *droit*, et accompagnée de mouvemens convulsifs. On ne peut attribuer tous ces symptômes qu'à une inflammation récente, produite par des recherches imprudentes. Il est vrai qu'il n'est question ni de ramollissement, ni de suppuration de la substance cérébrale en contact avec le kyste, ou placée entre lui et la fistule. Cependant « le quinzième jour, les *fongosités augmentent*, » c'est-à-dire, que des portions de substance cérébrale, boursouflées par l'inflammation, ont été poussées hors de la cavité cranienne, à travers la fistule. « Le dix-neuvième jour, une grande quantité de pus sort par la plaie ; » ce pus ne pouvait venir de la cavité du kyste. « Si l'on n'a pas tenu compte de l'altération des parties qui l'environnaient, c'est qu'il suffisait pour expliquer la mort, et qu'à l'époque où l'observation a été recueillie, on attachait peu d'intérêt à des désordres dont on ne connaissait pas la cause : elle manque d'ailleurs de beaucoup de détails importans.

N° 11.

Hémicranie, contusion à la tête, retour de l'hémicranie par accès de plus en plus intenses et rapprochés, mouvemens convulsifs des yeux et de la jambe *droite*. Mort subite dans un état apoplectique. — *Foyer purulent considérable dans l'hémisphère* gauche, *ramollissement de la substance cérébrale environnante*, *tubercules granuleux*.

M. D., d'un tempérament lymphatico-nerveux, né d'une mère morte hémiplégique, et d'un père souvent affecté de vives céphalalgies, et mort avant 50 ans avec des symptômes d'affection cérébrale; éprouva, dès l'âge de dix ans, les premières atteintes d'une hémicranie dont les retours, plus ou moins fréquens, eurent lieu jusqu'en 1816. En 1808, âgé de 37 ans, il reçut une forte contusion à la tête dont il s'inquiéta fort peu. Quelque temps après, il eut, pour la seconde fois, une affection vénérienne qui guérit par le sublimé, et, en 1814, un catarrhe pulmonaire très-intense. Jusqu'en septembre 1816, santé satisfaisante; alors douleurs de tête plus fréquentes, revenant toutes les nuits et augmentant de jour en jour. On administra, contre ces accès périodiques, le quinquina, mais sans succès. L'emploi des pédiluves, des sangsues à l'anus et des boissons délayantes, produisit une guérison apparente.

En janvier 1817, augmentation de la fréquence

et de l'intensité des accès de céphalalgie. Ils commençaient vers une heure après minuit, réveillaient brusquement le malade et revenaient d'heure en heure jusqu'à l'aube du jour ; il jouissait alors d'une heure de sommeil tranquille. Vers sept heures et demie, il se levait comme s'il n'eût pas souffert, et prenait une soupe. Une demi-heure après, les accès revenaient et se prolongeaient jusque vers onze heures du matin en s'affaiblissant. Chaque accès durait de dix à vingt-cinq minutes. Le malade, forcé de pencher la tête en avant, tombait dans un demi-assoupissement, sans perte de connaissance, ne pouvait parler, mais exprimait ses désirs par des gestes de la main *droite*. Les douleurs avaient leur siége profondément sous l'arcade surcilière du côté *droit*, et quelquefois dans toute cette moitié de la tête. Il y avait des mouvemens convulsifs dans les yeux, ainsi qu'un mouvement involontaire de la cuisse et de la jambe *droite*, qui continuait même après la crise. Quand les douleurs étaient violentes, les mêmes mouvemens avaient lieu dans le membre supérieur; la face était assez colorée..... Pendant le sommeil, il y avait émission involontaire de l'urine ; la vue, l'odorat et le goût n'avaient rien perdu de leur intégrité, l'ouïe était même moins dure qu'avant la maladie. Dans l'intervalle des accès, le malade reprenait sa gaieté habituelle ; mais quand il voulait marcher ses pas étaient mal assurés. Le traitement qui fut adopté à la suite d'une consul-

tation, consista en dérivatifs internes et externes, et en sangsues à l'anus. Ces moyens semblaient avoir produit une amélioration marquée, lorsque tout-à-coup le malade mourut dans un état apoplectique.

A l'ouverture du corps, on trouva un foyer purulent considérable dans le lobe antérieur de l'hémisphère *gauche* du cerveau, à la partie qui correspond à la voûte orbitaire et à la faux. Les parties environnantes étaient réduites en une matière *putrilagineuse*, au milieu de laquelle on reconnaissait des granulations tuberculeuses de la grosseur d'un grain d'orge. La portion de faux, en contact avec ce foyer purulent, était elle-même altérée. Les vaisseaux artériels et veineux étaient un peu gorgés de sang; le reste du cerveau était sain et d'une consistance plus grande qu'à l'ordinaire.

§ I. L'auteur de cette observation (le docteur Desgaultières) attribue cette affection cérébrale à une disposition héréditaire. Le docteur Polinières, dans un rapport fait à l'Athénée de médecine le 9 août 1817, pense qu'elle a été produite par la contusion violente que le malade reçut en 1808. Sans entrer dans les détails d'une question plus délicate qu'importante, je vous ferai seulement remarquer que la maladie a duré neuf ans au moins avant de causer la mort, et que les symptômes n'ont plus présenté la moindre ressemblance avec ceux des inflammations aiguës; toute leur histoire se réduit à l'hémicranie, à quelques symptômes

spasmodiques, et offre ce caractère remarquable d'intermittence et de périodicité, qui distingue les affections chroniques en général et surtout celles du système nerveux. Les douleurs ont présenté cette circonstance singulière, qu'elles se faisaient sentir profondément sous l'arcade surcilière du côté *droit*, et que cependant l'abcès existait dans la partie antérieure de l'hémisphère gauche sur la voûte orbitaire.

§ II. Malgré le volume de l'abcès, il n'y a pas eu de paralysie, le malade a conservé jusqu'à la fin l'usage de ses sens, toute son intelligence et même sa gaieté; mais la désorganisation s'est opérée avec une excessive lenteur, et n'occupait pas, comme dans l'observation n° 8, les deux hémisphères.

§ III. Les symptômes spasmodiques se sont toujours manifestés en même temps que les accès d'hémicranie, c'est-à-dire pendant la congestion cérébrale, comme vous avez pu le remarquer dans tous les cas analogues.

§ IV. Le malade est mort tout-à-coup dans un état apoplectique, et l'on a trouvé la substance cérébrale qui environnait le foyer purulent réduite en une matière putrilagineuse, résultat évident d'une inflammation récente. C'est à elle que vous attribuerez sans doute l'espèce d'apoplexie qui a terminé la vie.

Il n'est pas dit que cet abcès fût enkysté, mais tout porte à croire que c'est par omission.

Vous trouverez dans la Collection académique, t. 7, p. 367, une observation d'Olaüs Borrichius extraite des Actes de Copenhague, qui a beaucoup d'analogie avec celle-ci.

N° 12.

Odontalgie opiniâtre, syncopes, convulsions par accès. — *Abcès dans l'hémisphère* droit, *épanchement de sérosité.*

Un jeune gentilhomme, qui était venu faire son académie à Copenhague, se plaignait fort souvent d'un grand mal aux dents, accompagné d'une petite toux sèche : on regarda cela comme une fluxion, d'autant plus que le jeune homme avait les yeux un peu rouges et gonflés, et qu'il avait naturellement le cou petit. Mais, comme la douleur revenait plus souvent, et était de plus en plus violente, il prit le parti de se faire arracher la dent qui lui faisait le plus de mal : il ne s'en trouva pas plus soulagé ; au contraire la douleur s'étendit aux parties voisines, et pénétra dans la mâchoire même. Un jour que ses camarades lui reprochaient sa délicatesse pour un petit mal de dents, il tomba à la renverse sans connaissance : on le jeta sur un lit, et à force d'eaux de senteur spiritueuses, on le fit revenir à lui au bout d'une demi-heure, et on le reporta chez lui. Il voulut se lever le lendemain, mais il se sentit faible, abattu, la tête pesante avec un as-

soupissement insurmontable. Les médecins lui donnèrent pendant long-temps les antispasmodiques et les céphaliques, mais nonobstant l'usage de ces remèdes, il eut à diverses reprises, tantôt des syncopes, tantôt des convulsions épileptiques, et il mourut à la fin épuisé de langueur, ayant conservé toute sa raison jusqu'au dernier moment. On fit l'ouverture de son cadavre; on ne trouva rien de particulier dans la poitrine ni dans l'abdomen, si ce n'est que la surface de la partie supérieure du poumon droit était d'une couleur plus noire que dans l'état naturel, et que le testicule droit était encore caché dans le ventre, mais petit et flétri contre l'ordinaire. Lorsqu'on vint à examiner le cerveau, on trouva dans la partie droite supérieure, près du centre, un abcès de la grosseur d'un œuf de poule, rempli d'un pus blanc très-fétide; il y avait aussi un épanchement de sérosité, mais en moindre quantité, qui semblait avoir pénétré jusqu'à la moelle épinière et avoir donné lieu aux fréquentes convulsions du malade.

Ce qu'il y a de singulier, c'est que ce jeune homme qui s'était plaint souvent d'une douleur au front et quelquefois à l'occiput, n'avait jamais paru sentir de douleur à l'endroit où était formé l'abcès, ce qui prouve que le cerveau est insensible par lui-même, et qu'il n'y a que les membranes qui soient susceptibles de douleur.

§ I. Il paraît que l'odontalgie tenait à l'affection

cérébrale, puisque les douleurs, au lieu d'être diminuées par l'extraction de la dent qu'on croyait cariée, augmentèrent. Ainsi, par la durée non moins que par la nature et la marche des symptômes, la maladie présente tous les caractères des encéphalites chroniques ; et c'est bien à tort qu'on a si souvent cité cette observation pour donner une idée des symptômes d'inflammation du cerveau en général. Comme dans le cas précédent, la céphalalgie n'a jamais été rapportée vers le siége du mal, elle revenait par accès ; le malade a éprouvé des convulsions épileptiques, mais point de paralysie, il a conservé sa raison, etc. Mais au lieu de mourir subitement, comme frappé d'apoplexie, il a succombé *à la fin épuisé de langueur* : aussi, au lieu d'une altération putrilagineuse de la substance cérébrale qui environnait l'abcès, il n'est question que d'un épanchement de sérosité, qui, malgré l'obscurité du reste de la description, semble attester une inflammation chronique de l'arachnoïde, complication très-commune dans tous les cas analogues. Ainsi les différences que présentent ces deux maladies dans leur terminaison, s'expliquent par la différence des complications qui ont succédé à l'affection principale.

Braader rapporte une observation analogue. (Observ. méd. incis. cadav. inserv. Fribourg, 1762.)

N° 13.

Mélancolie, accès d'épilepsie, hémicranie à *droite*, coma. — *Abcès enkysté à* droite.

Un homme, âgé de quarante ans, mélancolique, tourmenté par des chagrins cuisans, fut pris d'épilepsie, dont les accès se reproduisirent très-souvent pendant quatre ans. Il se plaignait d'une douleur obtuse avec sentiment de pression dans le côté *droit* de la tête; enfin il tomba dans un état soporeux mortel.

La substance cérébrale de l'hémisphère *droit* du cerveau était dure, comme squirreuse, et renfermait un abcès de la capacité d'un œuf de poule.

§ I. Comme dans les observations précédentes; marche chronique de la maladie, durée très-longue, hémicranie, symptômes spasmodiques revenant par accès, point de paralysie, conservation de l'intelligence malgré l'étendue des altérations pathologiques.

Je reviendrai plus tard sur l'endurcissement du cerveau qui environnait l'abcès; pour le moment, je me contenterai de vous faire remarquer que la terminaison de cette maladie n'a présenté aucun des symptômes d'inflammation aiguë, que je vous ai signalés dans tous les cas où la substance cérébrale qui environnait l'abcès était *ramollie*.

Braader semble attribuer l'affection cérébrale aux chagrins du malade, à sa disposition mélancolique ; mais il est plus naturel de penser que cet état moral était déjà un effet de la maladie. Quelquefois même les inflammations cérébrales chroniques marchent d'une manière tellement latente qu'elles ont produit de la suppuration, qu'un kyste s'est organisé autour du pus sans que le malade se soit plaint de rien ; et quand il s'y joint une inflammation aiguë, on la regarde comme la cause des altérations produites par l'inflammation chronique, et l'on ne se trompe pas moins quand on attribue à l'abcès enkysté les symptômes observés pendant la vie. C'est probablement ce qui est arrivé dans le cas suivant communiqué à Bonet par Bailly, chirurgien distingué de Genève. (V. Sepulcretum l. 1., sect. Ire., Obs. LIV.)

N° 14.

Insolation, symptômes d'inflammation aiguë du cerveau et de l'arachnoïde. Mort le neuvième jour. — *Abcès enkysté, désorganisation de la dure-mère, de l'arachnoïde et du cerveau sous-jacent.*

« A cette époque (octobre 1663) j'eus occasion de voir un riche cultivateur de cette ville (Toulouse), nommé Claude Bertrand, âgé de 42 ans, qui se plaignait d'une violente douleur de tête fixée au côté droit de la suture sagittale ; il l'attribuait à

l'insolation, parce qu'étant resté long-temps exposé aux rayons du soleil, la tête couverte d'un simple bonnet, et ayant passé la nuit suivante en plein air, il était tombé malade le lendemain. A la céphalalgie gravative se joignirent bientôt une fièvre ardente, des frissons, des nausées, une grande anxiété et de l'insomnie; les yeux étaient brillans et injectés. Le cinquième jour, survint la frénésie, et malgré tous les remèdes qu'on put employer, le malade mourut le neuvième?

» Comme, peu de temps avant la mort, il était sorti par la bouche, par la narine et par l'oreille droite un pus excessivement fétide, je demandai à faire l'ouverture de la tête, ce qui me fut accordé. Ayant enlevé le crâne, je trouvai une tumeur du volume d'une aveline, qui incisée laissa écouler un pus excessivement *fétide* et *verdâtre*: la dure-mère et l'arachnoïde étaient en putréfaction. La substance cérébrale sous-jacente était elle-même altérée et très-fétide. Cette altération (la partie ayant été incisée jusqu'au ventricule antérieur droit) excédait à peine l'épaisseur d'un sou de France, et répondait au siége de la douleur. »

§ I. Cet abcès enkysté ne s'est certainement pas formé dans l'espace de neuf jours, par conséquent il existait avant l'insolation et les symptômes qui se sont manifestés ensuite; il s'est donc développé sans donner lieu à aucune incommodité grave. Il a pu contribuer autant que l'insolation à faire naître

l'inflammation des méninges et de la substance cérébrale sous-jacente, mais il n'est pour rien dans la production des symptômes de la maladie à laquelle ce cultivateur a succombé. Ils ont tous les caractères des inflammations aiguës de l'arachnoïde, et les deux méninges étaient en *putréfaction*. Quant à l'affection du cerveau sous-jacent, elle paraît avoir été consécutive, puisque l'altération excédait à peine l'épaisseur d'un sou de France.

N° 15.

Délire, agitation, insomnie, céphalalgie violente et continue. Mort subite au bout de dix mois. — *Abcès dans le lobe moyen* droit, *communiquant avec le ventricule*, *arachnitis chronique*. (Bleynie, Dissert. sur l'infl. du cerveau, etc. 1809.)

Monin, âgée de 55 ans, d'un tempérament bilieux, livrée aux travaux pénibles de la campagne, éprouva sans cause connue, au commencement de janvier 1808, un délire bruyant. Le 25, à son entrée à l'hospice (de Charenton), même délire, grande agitation, loquacité, vociférations par intervalles, surtout pendant la nuit, insomnie, appétit dévorant, pouls serré, concentré, céphalalgie peu violente mais continue (antispasmodiques, bains et douches); persistance des mêmes symptômes jusqu'au commencement d'août. A cette époque, fièvre tierce qui dure environ quinze jours, paraît diminuer la *manie*, et se dissipe spontanément; peu après retour des premiers accidens. Le 17 octobre, après

avoir mangé, mort inopinée sans aucun symptôme précurseur (dix mois après l'apparition des premiers symptômes).

A l'ouverture du cadavre, on trouva « une augmentation de densité de l'arachnoïde qui répond à la cavité moyenne de la base du crâne. Des deux ventricules latéraux, le droit contenait seul environ une once d'eau blanchâtre qui communiquait en dehors à un foyer de suppuration, qui avait détruit une grande partie du lobe moyen du cerveau de ce même côté. Le reste de la substance de cet organe était compacte et très-coloré. »

§ I. Si vous comparez cette observation avec celle de Morgagni, ou plutôt de Valsalva, que je vous ai rapportée dans la dernière Lettre, n° 19, vous verrez qu'un abcès, formé dans l'épaisseur du cerveau, s'est également ouvert dans le ventricule latéral correspondant; que l'arachnoïde des ventricules et de la base du crâne offrait aussi des traces d'inflammation; mais la mort est survenue le quatorzième jour, aussi a-t-elle été précédée d'aphonie, de paralysie et d'autres symptômes d'encéphalite aiguë, au lieu que, dans le cas rapporté par le docteur Bleÿnie, la maladie a duré dix mois, et n'a présenté aucun de ces phénomènes. Le rapprochement de ces deux faits, dans lesquels les altérations pathologiques ont eu entre elles autant de ressemblance qu'on peut espérer d'en rencontrer dans la pratique, vous donnera une idée de la différence que la mar-

che aiguë ou chronique de l'inflammation peut apporter dans le développement des symptômes.

N° 16.

Manie promptement guérie. Trois mois après, agitation, coma vigil, céphalalgie, symptômes de gastro-entérite augmentés par un traitement incendiaire. — *Espèce de foyer purulent entouré de duretés, inflammation du reste du cerveau.* (Bleynie, ouv. cité.)

Une fille, âgée de 26 ans, traitée et promptement guérie à l'hospice de Charenton d'une *manie ou de délire hystérique*, éprouva, trois mois après, à la suite de violens chagrins, des maux de tête, et entra de nouveau dans la même maison, le 4 janvier 1807. *Tantôt agitation ou coma vigil*, *état hystérique*, *air hébété*, langue rougeâtre, pouls vif et concentré, grande soif, *insomnie*, *douleur de tête.* (Lav. d'assa-fœt., tis. et pot. antispas., sirop diacode.) Jusqu'au 9, même état, même traitement.

Le 10, ipéc. le matin; opium le soir. Le 13, augmentation peu sensible des symptômes. (Pil. d'assa-fœt.) Ventre tendu, sensible au toucher, langue saburrale.

Le 17, langue brunâtre, haleine fétide, peau sèche, aride. (Vésic. à la nuque, antispas.).

Le 18, ventre douloureux. (Lav. camphré.)

Le 20, difficulté de parler, perte de l'ouïe, mais point de la vue, quoique la pupille soit dilatée.

Le 21, toujours embarras vers la tête, constipation opiniâtre. (Lav. purgatif, frictions le long de la colonne vertébrale avec linim. vol. camphré.)

Le 24, vomissement chaque fois qu'elle boit.

Le 26, aphonie complète, diminution des forces. (Pot. cordiale, ext. de kina). Déjections involontaires extrêmement fétides.

Le 1[er] février, yeux légèrement injectés par intervalle, agitation *de quelque membre*. (Vés. volans, lin. camphré); pouls insensible, carphologie; mort le 8 (un mois passé après son entrée, quatre mois après l'attaque de manie....)

Autopsie. Légère dépression à la partie postérieure du lobe droit. « Une incision pratiquée d'avant en arrière dans la direction du centre ovale de Vieussens, fit apercevoir un foyer de suppuration, rempli d'une matière blanchâtre, et dont la capacité aurait renfermé un gros œuf de pigeon; en pressant autour de ce foyer, on y sentait des *duretés*, la partie antérieure de ce même lobe, ainsi que le gauche, offraient aussi des traces d'*inflammation*. Viscères thorachiques et *abdominaux* parfaitement sains. »

§ I. On ne peut attribuer qu'à l'inflammation du cerveau les symptômes observés dans la maladie à laquelle cette jeune fille a succombé. Ceux qu'elle éprouvait la première fois qu'elle est entrée à Charenton, paraissent avoir été semblables, à en juger par les expressions de *manie hystérique* et *d'état*

hystérique, employées par M. Bleynie. Il est donc probable que la première affection était de même nature que la dernière, c'est-à-dire, une inflammation cérébrale. C'est elle sans doute qui a donné lieu à la formation du petit foyer purulent, et au développement des duretés qui l'environnaient, et puisque « la partie antérieure de ce lobe, ainsi que le gauche, offraient aussi des traces d'inflammation, » il est clair que c'est à cette inflammation récente, entée sur la première, qu'il faut attribuer la rechute et la mort.

La maladie n'était donc ni aiguë, ni simple, sans compter une autre complication à laquelle on ne paraît pas avoir songé. Elle a été produite par le traitement. Il est curieux d'en suivre les effets jour par jour.

Le 10, on donne un *émétique* et de l'*opium*; les symptômes cérébraux augmentent. Le 13, pilules d'assa-fœtida, *ventre tendu, sensible au toucher*, c'est-à-dire gastrite commençante. On continue; *langue brunâtre, peau sèche et aride, haleine fétide*. Le 17, on donne des antispasmodiques, c'est-à-dire des stimulans diffusibles. Le 18, *ventre douloureux*. On ajoute à tous ces moyens des lavemens camphrés qui sont suivis d'une *constipation opiniâtre*. (Entérite commençante.) Pour combattre ce symptôme, on ne voit rien de mieux que des lavemens purgatifs. La malade *vomit* tout ce qu'elle

prend, et rend *involontairement* des selles *extrêmement fétides*. (Gastro-entérite complète). Enfin les forces diminuant, on combat l'*adynamie* par des potions *cordiales* et *l'extrait de quinquina* : alors le pouls devient *insensible*, et la malade ne tarde pas à succomber.

Ainsi chaque symptôme que le traitement faisait naître a été combattu comme un être nouveau, et l'ouverture du cadavre n'a pas même ouvert les yeux prévenus du praticien, puisqu'on prétend que les viscères abdominaux étaient parfaitement sains. Vous savez qu'on n'examinait alors l'estomac et les intestins qu'à l'extérieur.

Abcès enkystés. — Suite d'affection de l'oreille.

§ I. Je vous ai dit que les inflammations chroniques du cerveau étaient souvent produites par une carie des os du crâne. Celle du temporal est la plus commune, la plus constante dans sa marche et dans ses effets, celle qui donne lieu aux accidens les plus graves. On n'a pas encore étudié d'une manière convenable les maladies de l'oreille dans leurs rapports avec les affections cérébrales. Morgagni et M. Itard sont les seuls à ma connaissance qui s'en soient occupés avec quelque détail, et tous deux ont admis sur plusieurs points des opi-

nions qui me paraissent peu fondées : ce sujet est donc presque encore neuf. Son importance demande cependant qu'il soit approfondi. Je me propose de vous montrer les liaisons qui existent entre les deux maladies, de vous en faire parcourir toutes les nuances depuis les degrés les plus simples jusqu'aux désorganisations les plus étendues et les plus compliquées. Pour cela, il faudra que je vous rapporte quelques exemples d'otite aiguë accompagnée d'inflammation récente du cerveau. A la rigueur, ces observations auraient dû trouver leur place dans l'une des lettres précédentes; mais je n'ai pas voulu, quelque répugnance que j'éprouve à revenir sur mes pas, les séparer de leurs analogues. D'ailleurs, pour éviter les répétitions, je n'arrêterai spécialement votre attention que sur la liaison des maladies de l'oreille avec celles du cerveau.

§ III. Vous trouverez dans les recueils d'observations et les journaux de médecine des exemples d'otites aiguës ou chroniques qui se sont terminées promptement par la mort, après avoir offert des symptômes d'affection cérébrale. A l'ouverture du crâne, on a quelquefois trouvé la cavité du tympan pleine de pus, le rocher carié, la dure-mère enflammée, épaissie, injectée, ramollie, détachée de la surface de l'os, etc., et l'on n'a observé dans le cerveau aucune altération capable de rendre compte des symptômes cérébraux. Il est possible

qu'on n'ait pas attaché assez d'importance à des changemens de couleur ou de densité, qui aujourd'hui auraient un peu plus fixé l'attention des observateurs ; mais, en supposant qu'il n'ait existé dans le cerveau aucune altération appréciable, je n'en serais pas moins convaincu, d'après les observations que vous allez lire, que cet organe a participé à l'inflammation de la dure-mère, et qu'elle a été trop promptement suivie de la mort, pour avoir pu laisser des traces de son existence.

Vous trouverez, dans le Journal de médecine de Corvisart, etc., an. 1810, T. XIX, un exemple de cette nature rapporté par le docteur Lévêque-Lasource, et un autre dans l'ouvrage d'Abercrombie, Obs. 17. Mais je passe aux cas où l'on a trouvé la substance cérébrale altérée.

N° 17.

Suppuration par l'oreille *droite*, céphalalgie violente, fièvre ardente, simulant une double tierce. Au quatrième accès, convulsions, paralysie du côté *gauche*. Mort dans l'accès suivant, *inflammation considérable et ramollissement du cerveau correspondant au rocher*, *arachnitis*. (Coindet, Mémoire sur l'hydrencéphale, p. 97.)

« Un fils unique, âgé de 17 ans, à la suite d'une suppuration purulente de l'oreille *droite*, prit de violens maux de tête, une fièvre ardente, un transport au cerveau, des redoublemens de fièvre qui simulèrent une double tierce, à la surprise aussi

grande que pénible de son médecin. Il survint, dans le courant du quatrième accès, des symptômes hydrencéphaliques, tels que des attaques de convulsions, de la lenteur dans le pouls, une paralysie dans le côté *gauche*, la dilatation des pupilles, un profond coma; il mourut comme apoplectique dans le courant de l'accès suivant.

» A l'ouverture, on trouva une inflammation considérable et un *ramollissement* de la partie du cerveau qui répond au rocher, et elle avait pénétré jusque dans les ventricules qui contenaient un épanchement de sérosité. »

§ I. Les symptômes d'affection cérébrale ne se manifestèrent qu'à la suite d'un écoulement purulent par l'oreille droite, c'était la portion du cerveau qui correspondait au rocher que l'inflammation avait désorganisée ; il est donc très-probable que l'inflammation de l'oreille par son voisinage avait déterminé celle du cerveau. Il est fâcheux qu'on n'ait pas fait mention de l'état des os, mais il paraît que la maladie n'avait pas encore étendu ses ravages jusqu'à la dure-mère; si cette membrane eût été altérée, on en aurait sans doute parlé. Ainsi la maladie de l'oreille et celle du cerveau étaient encore peu avancées. Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer que l'altération du cerveau est en rapport avec la durée de la maladie ; le malade est mort au cinquième accès : aussi n'existait-il qu'une *inflammation considérable et un ramollissement*, etc.; mais

point de suppuration. La marche de la maladie a été très-aiguë ; aussi les symptômes ont-ils représenté très-exactement, à l'extérieur, l'état des organes affectés. Ainsi le malade a éprouvé des symptômes *d'hydrencéphale, des attaques de convulsions*, etc....., et les ventricules contenaient un épanchement de sérosité. A ces convulsions a succédé une paralysie du côté *gauche* du corps, et le côté *droit* du cerveau était enflammé. Je dis le côté *droit*, quoique M. Coindet ne s'explique pas à cet égard, mais c'était l'oreille droite qui suppurait, et la portion du cerveau sus-jacente qui était ramollie.

§ II. La maladie a marché par accès qu'on a pris pour ceux d'une fièvre double tierce ; vous n'en serez pas surpris si vous vous rappelez les nombreux exemples analogues que je vous ai rapportés, et dans lesquels il existait aussi une inflammation simultanée de l'arachnoïde et du cerveau.

N° 18.

Écoulement purulent par les oreilles, abcès communiquant avec les cellules mastoïdiennes du côté *gauche*, etc. — *Abcès considérable dans l'hémisphère* droit *du cerveau, avec ramollissement et épanchement de sang, sérosité sanguinolente dans les ventricules.* (Abercrombie, the Edinburg. med. and surg. Journal, july. 1818. Obs. 8.)

C. âgé de 18 ans, sujet depuis plusieurs années à un écoulement d'oreilles, accompagné de surdité, eut en 1810, derrière l'oreille *gauche*, un

abcès froid par lequel on pouvait faire passer une sonde jusque dans les cellules mastoïdiennes ; cet abcès se ferma au bout d'un an, laissant une cicatrice profonde. Depuis cette époque, C. éprouva des douleurs de tête qui augmentèrent en 1813 ; le 14 mai, elles s'aggravèrent encore : vomissemens fréquens, oppression, somnolence, pouls, soixante pulsations (saignées générales et locales, purgatifs, vésicatoires et mercuriaux) ; le 15 et le 16, cessation des vomissemens et du mal de tête, augmentation de l'oppression ; bientôt stupeur légère, loquacité sans trouble dans les idées, pouls très-variable d'un instant à l'autre ; mort presque subite. Il n'eut ni paralysie ni convulsions.

L'hémisphère *droit* était converti, dans la moitié de son épaisseur, en un pus fétide tout-à-fait fluide au centre et pulpeux à la circonférence. Au milieu de cette masse, se trouvaient quelques caillots de sang, et tous les ventricules contenaient une grande quantité de sérosité sanguinolente.

§ I. On a encore omis dans cette observation de faire mention de l'état des cavités tympaniques ; mais il est probable que, si le désordre s'était étendu jusqu'à l'intérieur du crâne, on en aurait parlé. Au reste, c'est derrière l'oreille gauche que s'est manifesté l'abcès résultant de la carie de l'apophyse mastoïde, et c'est dans l'hémisphère droit du cerveau qu'existait l'abcès. Cette circonstance est importante à noter, parce que les douleurs de tête

s'étant manifestées en même temps que la fistule établie derrière l'oreille s'est fermée, on aurait pu croire qu'elles étaient dues à la suppression de cet écoulement. Mais puisque les symptômes cérébraux ont commencé en même temps que la fistule se cicatrisait, et qu'il ne pouvait exister aucune communication entre elle et l'abcès du cerveau, il est évident que c'est l'inflammation cérébrale qui a fait tarir la suppuration de l'oreille, de la même manière qu'une pleurésie, une pneumonie, etc., produisent le desséchement d'un ulcère, d'un vésicatoire ou d'un cautère.

Vous voyez encore par cette observation que les maladies de l'oreille disposent à celles du cerveau, non-seulement en se propageant à l'os, à la dure-mère et à l'arachnoïde, mais encore en entretenant près de la cavité du crâne une congestion habituelle.

Il est probable que l'abcès trouvé dans l'hémisphère droit a été produit par l'inflammation ancienne qui a causé la disparition de la fistule et les symptômes observés depuis, et que le ramollissement de la substance cérébrale environnante a été le résultat d'une inflammation aiguë toute récente, à laquelle il faut attribuer la mort presque subite du malade. Le sang épanché au milieu de cette altération, et la sérosité sanguinolente trouvée dans les ventricules, y ont sans doute contribué pour beaucoup. La

réunion de ces altérations vous montre l'affinité qui existe entre les fluxions qui produisent les phénomènes qu'on est convenu d'appeler inflammation, et celles qui se terminent par l'hémorrhagie.

Le malade n'a éprouvé ni paralysie ni convulsions, mais la marche de la première inflammation a été essentiellement chronique.

N° 19.

Douleurs périodiques à la tête et dans l'oreille *droite*, rixe suivie de symptômes de fièvre ataxique. Mort le vingtième jour. — *Suppuration dans l'oreille* droite, *abcès enkysté dans le côté* droit *du cervelet, inflammation de l'arachnoïde.*

Conrard (J.), âgé de 20 ans, pâle, maigre et d'une constitution faible, à la suite d'une rixe dans laquelle il avait reçu quelques coups, tomba malade, éprouva tous les symptômes d'une fièvre *ataxique*, et succomba le vingtième jour.

Le magistrat, supposant que la mort pouvait être la suite des coups que le malade avait reçus, ordonna l'ouverture du corps : les médecins qui en furent chargés trouvèrent, 1° le cerveau un peu plus injecté qu'à l'ordinaire ; 2° entre sa face inférieure et la base du crâne, une petite quantité de pus épanché en couche mince ; 3° dans la partie antérieure du lobe *droit* du cervelet, une poche pleine de pus ; 4° l'arachnoïde en contact avec le rocher droit, adhé-

rente à la dure-mère et plus rouge qu'à l'ordinaire.

Il n'en eût pas fallu davantage à des observateurs superficiels, pour attribuer la mort aux coups reçus vingt jours auparavant; heureusement les médecins qui devaient éclairer la conscience des juges, ne se hâtèrent pas de prononcer : considérant qu'il n'existait à la surface du crâne aucune trace de contusion grave, et que l'abcès était contenu dans un kyste bien organisé, ils adressèrent des questions aux parens, et par bonheur encore ceux-ci eurent assez de probité pour déclarer que leur fils souffrait depuis long-temps de la tête, et qu'il éprouvait de fréquentes douleurs dans l'oreille droite. Les médecins poursuivirent alors leurs recherches, et trouvèrent les cellules mastoïdiennes pleines de pus, ainsi qu'une partie de l'oreille interne, et ils déclarèrent que la désorganisation était antérieure à la rixe, qu'elle en était indépendante, que seulement l'accident avait pu accélérer la marche de la maladie.

§ I. Cette observation m'a été communiquée par mon ancien condisciple et mon ami le docteur Chaumas, médecin à Metz. Je ne m'arrêterai pas aux conséquences qu'on peut en tirer sous le rapport légal, elles se présentent d'elles-mêmes. Mais il est plusieurs circonstances sur lesquelles je dois arrêter votre attention.

Quoique les os fussent à peine affectés, ce n'est pas moins à l'inflammation chronique de l'oreille qu'il faut attribuer celle qui a produit l'abcès enkysté

de la portion correspondante du cervelet. Elle ne s'est point étendue de proche en proche, comme cela arrive le plus souvent ; mais la fluxion habituelle, qui se faisait vers l'oreille, a fini par se propager aux organes voisins les plus susceptibles de la partager.

Cet abcès s'est formé sans produire d'autre symptôme qu'une céphalalgie habituelle, parce que l'inflammation a marché d'une manière lente ; ce n'est pas à elle mais bien à l'inflammation de l'arachnoïde, qu'il faut attribuer les symptômes de fièvre *ataxique.*

§ II. Ce jeune homme paraît n'avoir pas éprouvé d'écoulement purulent par l'oreille, quoique la cavité du tympan fût pleine de pus ; il est probable qu'il sortait par la trompe d'eustache.

M. Itard, dans son excellente Monographie sur les maladies de l'oreille, paraît regarder l'écoulement par le conduit auditif externe comme un symptôme constant de l'otite chronique, car il ne rapporte, à ce que je crois, aucun fait dans lequel il ait manqué. J'ai vu cependant deux malades qui étaient dans ce cas : tous les deux éprouvaient une douleur sourde dans l'intérieur de l'oreille, qui s'aggravait sous l'influence du froid et de l'humidité ; ils éprouvaient habituellement dans l'arrière-bouche une saveur désagréable et une odeur insupportable, qui augmentaient avec la douleur et surtout dans certaines positions de la tête, dans certains mouvemens de déglutition ; il en résultait du

dégoût pour les alimens qui leur semblaient amers et puans , des nausées et quelquefois des vomissemens dans lesquels il leur est arrivé de rendre des matières purulentes très-fétides. A ces symptômes , qu'on attribuait à un embarras gastrique , je reconnus une maladie organique de l'oreille, et l'événement n'a que trop justifié mon pronostic.

Dans des cas analogues, lorsque la carie a fait des progrès et qu'il survient une inflammation de la dure-mère et du cerveau sus-jacent, il peut s'établir facilement une communication de l'abcès développé dans la cavité du crâne avec le tympan, et l'écoulement par le conduit auditif externe ne s'établissant que plus tard, on peut s'en laisser imposer au point de croire que l'inflammation du cerveau a précédé celle de l'oreille; que le pus, qui en a été le résultat, a détruit la dure-mère et le rocher; qu'en un mot, *l'otorrhée purulente* est *consécutive* ou *symptomatique*. En voici un exemple puisé dans Lieutaud (Hist. anat. pr., T. II, l. 3, Obs. 108 et 128.)

§ III. Un homme sexagénaire dont la mémoire était affaiblie devint peu à peu sourd et imbécille : on trouva à la base du cerveau un kyste du volume d'un œuf environ, plein de pus, adhérent à l'os pierreux droit, qui affecté de carie laissait passer le pus jusque dans l'oreille ; la cavité du tympan en était pleine, la membrane était intacte, mais les osselets étaient entièrement détruits. L'oreille gau-

che renfermait aussi du pus, les osselets étaient intacts; il n'y avait aucune communication entre ces deux abcès.

Ici il n'est pas question d'écoulement purulent par l'oreille droite, et même la membrane du tympan était intacte : les symptômes observés sont ceux d'affection cérébrale chronique. Voilà bien des raisons pour croire que la maladie a commencé par le cerveau, et que le pus s'est fait jour à travers le rocher. Remarquez cependant que le malade devint sourd en même temps qu'imbécille; que l'oreille gauche renfermait aussi du pus, et que ce pus s'était formé dans la caisse du tympan, puisqu'elle ne communiquait pas avec l'abcès du cerveau : n'est-il pas évident d'après cela que cette maladie de l'oreille gauche était le premier degré de celle qui avait détruit le rocher du côté droit, et par suite enflammé le cerveau et la dure-mère?

Vous trouverez dans Bonet (L. Ier, sect. 1re, Obs. 73) une observation intéressante qui lui a été communiquée par son ami Charles Spon. J'en extrairai les principales circonstances.

N° 20.

Écoulement purulent par l'oreille *gauche*, suite de variole, céphalalgie habituelle, augmentant en même temps que l'écoulement diminue, convulsions. — *Inflammation des méninges, abcès dans l'hémisphère* gauche *du cerveau, carie du rocher sans altération de la dure-mère.*

Élisabeth Erot, âgée de 23 ans, fraîche, belle,

bien faite, cheveux blonds et abondans, caractère doux, etc., à la suite d'une variole contractée à l'âge de 7 ou 8 ans, conserva un écoulement purulent par l'oreille *gauche*, accompagné de douleurs de tête qui ne firent que croître et se développer avec sa constitution (συντροφον καὶ συναυξες). Dans les derniers jours de novembre, étant sur la fin de sa grossesse, elle éprouva, vers le sommet de la tête, des douleurs assez violentes pour lui arracher des cris perçans; elles s'affaiblissaient cependant par la compression; l'*écoulement de l'oreille avait diminué*; le ventre était resserré (lav., saignée, foment. sur la tête et dans l'oreille). Les douleurs augmentèrent; il survint un tremblement des bras qui avait quelque chose de spasmodique (nouvelle saignée, même prescription). La malade étant accouchée, on crut que sa situation serait améliorée par l'écoulement des lochies; mais bientôt les symptômes augmentèrent, et la plus intéressante des femmes, dit Spon, mourut le 19 septembre.

« Après avoir enlevé la voûte du crâne, nous trouvâmes les deux enveloppes du cerveau enflammées; et, quand elles furent enlevées, nous découvrîmes aussitôt un abcès dans l'hémisphère *gauche*, enveloppé d'une membrane propre, mais qui, s'étant probablement rompue spontanément quelque temps avant, avait été cause de la mort. Le rocher était encore recouvert par la dure-mère; mais, lors-

qu'elle fut détachée, nous trouvâmes l'os livide et carié, de telle sorte que, par le seul contact de la pointe d'un stylet, il se réduisait en poussière.

» Foie volumineux; cœur énorme; utérus épais de trois travers de doigts, etc. »

§ I. Le tempérament lymphatique est une des causes prédisposantes les plus puissantes des affections chroniques de l'oreille, et la variole une de celles qui laissent le plus souvent à leur suite des surdités, des otorrhées purulentes incurables.

§ II. Chez Érot, l'écoulement purulent a diminué en même temps que la céphalalgie a augmenté, ce qui aurait pu faire croire que le pus s'était porté de l'oreille dans la cavité du crâne, s'il eût existé une voie de communication entre l'abcès intérieur et la caisse du tympan, comme cela arrive souvent. Mais il est dit positivement que la dure-mère était intacte. Je vous rappellerai cette circonstance quand nous examinerons l'opinion de Morgagni à ce sujet.

Mais, direz-vous, est-ce par un simple effet du hasard que l'écoulement purulent a diminué à mesure que la céphalalgie a augmenté? N'existe-t-il aucune liaison naturelle entre ces deux phénomènes? Je suis bien loin de le penser; mais si j'en juge d'après les faits que vous allez lire, voici comme les choses se sont passées : l'otite chronique a produit, par son voisinage du cerveau, une inflammation lente de cet organe. Il en est résulté un abcès enkysté qui n'a probablement eu aucune

influence sur les symptômes décrits dans l'observation ; mais la carie s'est étendue jusqu'à la dure-mère ; *les deux enveloppes du cerveau* se sont *enflammées ;* de-là céphalalgie, convulsions, etc. En même temps, cette inflammation aiguë a fait cesser l'écoulement de l'oreille : d'après cette loi constante de l'économie, *duobus laboribus simul obortis*, etc.

Il est assez singulier qu'on ait cru devoir, pour expliquer la mort, supposer que le kyste s'était rompu.

N° 21.

Douleurs dans l'oreille *gauche*. Sept jours après, céphalalgie ; onzième jour suppuration par l'oreille, sans soulagement. Mort le dix-huitième. — *Epanchement dans les ventricules, abcès dans le lobe* gauche *du cervelet, avec commencement de kyste, altération de la dure-mère.* (Abercrombie. Ouv. cité. Obs. 11.)

Mademoiselle G., âgée de 18 ans, présenta, le 4 mars 1812, des symptômes d'entérite, que deux fortes saignées firent disparaître. Dès le commencement, elle avait éprouvé de la douleur dans l'oreille gauche, et vers le septième jour elle se plaignit d'un mal de tête qui ne fit qu'augmenter jusqu'au onzième ; ce jour-là, il sortit une grande quantité de pus par l'oreille gauche. Persistance de la céphalalgie, variation extrême du pouls, coma léger, dilatation des pupilles (saignées, vésicatoire) ; point de soulagement, déglutition parfois impossible, augmentation de l'oppression, mort le 22.

Vaisseaux de la substance cérébrale dilatés, ven-

tricules remplis d'un liquide incolore, lobe gauche du cervelet converti en une poche remplie d'un pus verdâtre et infect. Les parois de la poche, molles et organisées, paraissaient de formation récente. Au côté externe de l'abcès, la dure-mère était épaissie et spongieuse.

§ I. Il est évident ici que c'est l'inflammation de l'oreille qui a précédé et déterminé celle du cervelet, puisque la céphalalgie n'a commencé que le septième jour, puisque la dure-mère correspondante à l'abcès et à l'oreille malade était *épaissie* et *spongieuse*. Il n'est pas question de l'os, il est probable qu'il n'était pas encore carié, car l'otite était toute récente.

§ II. Vous avez dû remarquer que les accidens n'avaient pas cessé d'augmenter, malgré la sortie d'une très-grande quantité de pus par le conduit auditif externe. L'inflammation de la cavité du tympan, quand elle est très-aiguë, s'accompagne souvent de délire, de convulsions, ce qui pourrait faire croire à la coexistence d'une arachnitis ou d'une encéphalite; mais quand l'otite est simple, quelle que soit la violence des symptômes, ils cessent comme par enchantement aussitôt que le pus s'est fait jour au dehors.

§ III. Abercrombie dans le même ouvrage, observation 18, rapporte encore l'histoire d'une femme qui, onze mois après une chute sur la tête, eut de la fièvre, du délire, de la douleur dans l'oreille

droite, *laquelle rendait une matière purulente*; ensuite de la somnolence, une paralysie du côté *gauche* et des convulsions fréquentes du bras *droit*. Après la mort qui survint au bout de trois semaines, on trouva, outre une altération considérable du crâne et de la dure-mère, un vaste abcès sur le rocher *droit*, la dure-mère d'une couleur obscure et détachée de l'os, mais le rocher sain.

Ainsi la dure-mère et le cerveau sus-jacent avaient participé à l'inflammation de l'intérieur de l'oreille, sans que le rocher fût affecté. Les symptômes sont trop clairs pour que j'en parle.

Le même auteur en rapporte encore un exemple dans le même ouvrage (obs. 12).

§ IV. Une jeune fille de 9 ans sujette à des écoulemens purulens par l'oreille *gauche*, précédés ordinairement de douleurs et de fièvre, éprouva le 10 juillet 1810 les mêmes accidens, mais les douleurs, loin de cesser par l'effet de l'écoulement, s'étendirent jusqu'au front. Bientôt, vomissemens, sensibilité de la rétine, oppression considérable. (Saignées, vésicatoires, mercure doux.)

Troisième jour. Délire passager, un peu de stupeur, légères convulsions, douleurs plus violentes vers le front; point de strabisme, ni de cécité, ni de coma. Continuation de l'écoulement purulent par l'oreille gauche, il en sort même du pus par une ouverture formée derrière la conque. Mort le cinquième jour.

On trouva beaucoup de sérosité incolore dans les ventricules, l'hémisphère *gauche* contenait un abcès considérable rempli d'un pus très-fétide. La dure-mère correspondante était épaissie et spongieuse, et l'os lui-même ramolli et un peu carié à sa surface; il n'existait cependant aucune communication avec la cavité de l'oreille, l'ouverture qui s'était formée derrière la conque ne communiquait qu'avec le nerf auditif externe.

N° 22.

Surdité, double otite chronique, céphalalgie, douleur au col, strabisme, diplopie, léger délire. — *Suppuration de la partie postérieure de l'hémisphère* droit, *ramollissement de la voûte, abcès enkysté, carie du rocher, altération de la dure-mère.* (Abercrombie, Ouv. cité. Obs. 9.)

D., âgé de 18 ans, sourd depuis long-temps et sujet à un écoulement purulent par les oreilles, éprouva un violent mal de tête qui s'étendait du sinciput à la partie postérieure du cou, et augmentait par le mouvement; chaque saignée qu'on lui pratiqua produisit un soulagement marqué, mais de peu de durée. Trois jours après, strabisme, diplopie, qui cessent le lendemain; la douleur de tête continue en variant d'intensité, parfois un peu de délire, beaucoup d'oppression, mais point de coma. Le septième jour, mort après s'être levé sur son séant et avoir parlé au médecin.

Toute la partie postérieure de l'hémisphère droit était convertie en pus; la voûte était réduite en

une masse ramollie et *pulpeuse*. La surface du cerveau était couverte de lymphe coagulée. On trouva dans sa substance, près de sa base, une tumeur de couleur cendrée contenant une matière caséiforme, approchant de la nature du pus. La partie postérieure du rocher offrait quelques traces de carie, la dure-mère correspondante était spongieuse et épaissie.

§ I. Une partie du cerveau était ramollie et pulpeuse, une autre était toute convertie en pus, enfin une autre contenait une tumeur pleine d'une matière caséiforme approchant de la nature du pus, c'est-à-dire un véritable abcès enkysté. Voilà donc trois altérations bien distinctes : elles ont dû être produites par autant d'inflammations successives survenues à des époques plus ou moins éloignées. La plus récente est celle qui a produit le ramollissement, c'est à elle qu'il faut attribuer les symptômes observés dans la dernière maladie qui fait le sujet de cette observation, car elle s'est terminée le septième jour, et il n'est pas probable qu'en si peu de temps toute la partie postérieure de l'hémisphère droit ait pu être convertie en pus. Enfin la description seule de l'abcès enkysté annonce une maladie encore plus ancienne.

§ II. Quoique l'inflammation qui a causé la mort ait été aiguë puisqu'elle n'a duré que sept jours, elle n'a présenté aucun des symptômes qui la caractérisent. Ainsi il n'a existé ni convulsions,

ni paralysie, ni coma, et le malade est mort au moment où l'on s'y attendait le moins. Cela tient, comme vous avez déjà pu le remarquer, et comme vous aurez souvent occasion de vous en assurer par la suite, à ce qu'elle était compliquée d'arachnitis, et surtout à ce qu'il existait déjà d'autres altérations profondes du cerveau. Plus ces altérations sont anciennes et nombreuses, plus les caractères des inflammations aiguës qui leur succèdent sont obscurs et variables.

Vous avez vu l'influencee que les inflammations de l'oreille exercent par leur voisinage sur les organes contenus dans la cavité du crâne, vous avez vu l'inflammation s'étendre de la membrane qui tapisse le tympan au rocher, la carie s'étendre jusque sous la dure-mèret et celle-ci s'enflammer. Vous allez la voir se détruire aussi et laisser une voie de communication entre la cavité du crâne et celle du tympan : en voici un exemple remarquable rapporté par Sabatier, dans sa Médecine opératoire, T. III, page 10.

N° 23.

Boule de papier enfoncée dans la caisse du tympan, céphalalgie violente, fièvre *putride maligne*. Mort le dix-huitième jour. — *Adhérence du cerveau au rocher, abcès communiquant avec la caisse.*

« J'ai vu une boule de papier attirer des maux plus graves et causer la perte du malade. Il était incertain qu'elle fût entrée dans l'oreille, et les

recherches qui furent faites à cette occasion furent si peu méthodiques, que la boule fut enfoncée très-avant, et qu'on crut qu'elle avait seulement frappé l'oreille sans y entrer. Le malade continua à jouir d'une bonne santé pendant quelques mois. Au bout de ce temps, il fut attaqué d'une fièvre *putride maligne* accompagnée de douleurs de tête violentes, de laquelle il périt le dix-septième ou le dix-huitième jour. Je fus prié de faire l'ouverture de son corps. La tête me parut mériter une attention particulière. Il ne paraissait y avoir aucune altération au cerveau, lorsque, l'ayant soulevé de dessus la base du crâne, j'apercus que la partie de ce viscère, qui repose sur la face supérieure du rocher du côté gauche, avait contracté une adhérence extraordinaire avec la dure-mère. Il y avait à l'endroit de cette adhérence un abcès de peu d'étendue, dont le pus tombait dans la caisse du tambour par une ouverture qui s'était faite à l'os des tempes. La boule de papier était dans cette cavité dans laquelle elle avait pénétré après avoir détruit le tympan, elle était couverte de pus. Les assistans furent convaincus, ainsi que moi, que la présence de ce corps avait produit le désordre que nous avions sous les yeux. »

§ I. Cette observation est remarquable par la promptitude avec laquelle le rocher s'est détruit à la suite d'une cause en apparence aussi légère; elle nous donne aussi une idée de la facilité avec la-

quelle les inflammations de l'oreille peuvent déterminer celle du cerveau.

Je ne vous parlerai des symptômes, que pour vous faire remarquer jusqu'à quel point on a abusé des mots commodes de fièvre *putride*, fièvre *maligne*, etc., puisqu'on les employait même dans les cas où la maladie était produite par la présence d'un corps étranger.

N° 24.

Otorrhée purulente supprimée, céphalalgie, fièvre. — *Abcès considérable dans le cerveau.* (Baillou, Épid. et Éphem. T. II, p. 270.)

« La fille de M. de Masseparault était sujette à un écoulement de matière ichoreuse par l'oreille; il se supprima : de-là douleur et pesanteur de tête (il semblait à la malade qu'elle ne pouvait pas la supporter); fièvre. Malgré tous les remèdes, persistance de la céphalalgie, mort.

» On trouva dans le cerveau un abcès considérable. »

§ I. Cette observation est très-incomplète, je dirai presque insignifiante; cependant Bonet l'a encore mutilée pour la faire entrer dans la première section du premier livre, où il traite des douleurs de tête. C'est l'observation 53; elle est intitulée : *Capitis dolor à gravi in cerebro abcessu.* Il l'a reproduite ensuite avec plus de détails à la

tête de la dix-neuvième section qui a pour sujet les maladies de l'oreille, et lui a donné cet autre titre : *Aures purulentæ ab abcessu in cerebro*. Morgagni, s'occupant aussi dans la quatorzième lettre des maladies de l'oreille, commence, suivant son usage, par citer les observations contenues dans la section correspondante du *sepulcretum*. Voici ce qu'il dit de celle-ci : (V. n° 2.) « Vous verrez facilement que le titre de la première observation de la section dix-neuvième, *suppuration des oreilles produite par un abcès dans le cerveau*, n'est pas exact : car au contraire l'abcès du cerveau, dont on ne rapporte aucun signe antérieur, fut la conséquence de la suppression de l'écoulement ichoreux qui se faisait par l'oreille. Il en est de même d'une autre observation qui se trouve dans la scholie suivante, et qu'on n'aurait évidemment pas dû expliquer d'une autre manière, *quand bien même* (1) après la mort on aurait trouvé dans l'intérieur du crâne une sanie semblable à celle qui s'écoulait autrefois. »

Dans la traduction de Morgagni, de MM. Désormeaux et Destouet, ce passage est ainsi rendu : « *Quoique* après la mort, en ouvrant le crâne, on eût trouvé dans son intérieur, etc... » Personne plus que moi ne rend justice à l'exactitude rigoureuse des traducteurs ; cependant ils s'en sont un

---

(1) *Etiamsi post mortem reclusa calvaria, sanies quæ solebat olim ex aure egredi, intra illam reperta esset.*

peu éloignés en traduisant *etiamsi* par *quoique*, et cette petite négligence change tout-à-fait le sens, puisque dans le cas dont il est question le crâne ne fut point ouvert. Voici cette observation, elle est d'Avicenne :

§ II. « Un Vénitien portait derrière l'oreille gauche un ulcère fistuleux duquel s'écoulait beaucoup de sanie. Les médecins voulurent arrêter cet écoulement ; ce fut contre mon avis, car j'avais dit à l'un des chirurgiens, qui me demandait d'où s'écoulait une si grande quantité de sanie, qu'elle venait du cerveau, parce qu'elle n'était pas proportionnée à la capacité du sinus. Le malade mourut presque subitement, tant la mort fut prompte. Après la mort, une grande quantité de sanie s'écoula par les oreilles et les narines, *ce qui prouva* que je ne m'étais pas trompé, et que cette matière avait été retenue dans le cerveau. Si on l'avait laissé sortir, cet événement ne serait pas arrivé. »

§ III. Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer qu'aucune de ces observations ne peut servir à décider la question, aussi Morgagni ajoute-t-il à la fin de ce paragraphe : «Voyez combien nous différons d'opinion ; car il est certain que quand bien même, *comme je l'ai dit* (1), j'aurais vu dans l'intérieur du

---

(1) Ceci a rapport à la phrase qui fait le sujet de la note précédente ; dans la traduction, il n'y a plus de concordance entre les deux passages.

crâne non-seulement une sanie de la même nature que celle qui sortait habituellement par l'oreille, mais encore une voie formée par la carie et communiquant de cette cavité dans l'oreille, je n'aurais cependant pas prononcé sans hésiter que la matière s'était écoulée du cerveau dans l'oreille : j'aurais plutôt pensé au contraire qu'elle était passée de l'oreille dans le cerveau. Je vous dirai pourquoi quand vous aurez lu les observations suivantes. »

Nous allons examiner ces faits, et l'opinion de Morgagni ; nous reviendrons ensuite à celle d'Avicenne, Bonet, etc., adoptée par M. Itard.

N° 25.

Variole, suppuration de l'oreille *droite,* surdité, tumeur incisée, convulsions, cris, délire, faiblesse. Mort. — *Injection de la dure-mère et de la pie-mère, rupture du septum lucidum, suppuration entre le cerveau et la selle turcique, et à la surface* droite *du cervelet, verte et purulente à l'extérieur, brune à l'intérieur, carie du rocher* droit. (Morg. Epist., XIV, n. 3.)

« Un enfant eut autrefois l'oreille *droite* maltraitée par les restes d'une petite vérole. A l'âge de 12 ans il lui survint une tumeur derrière cette oreille qui était sourde et rendait du pus. Les tégumens de cette tumeur ayant été incisés par un chirurgien, suivant la longueur de la tête, il s'écoula une assez grande quantité de pus semblable à celui qui

sortait par l'oreille. Quelques heures après cette incision, l'enfant fut pris de convulsions, en sorte que tout son corps était agité, et il rendait malgré lui des sons qui tenaient le milieu entre le cri et le gémissement. Ces symptômes d'abord très-rapprochés, ensuite plus rares, durèrent jusqu'à la mort. Le jour même où les convulsions se manifestèrent pour la première fois, une douleur se fit sentir à l'endroit où les tégumens avaient été incisés ; une certaine partie des lèvres de cette incision jouissait d'une sensibilité si exquise, qu'elle ne pouvait supporter le plus léger contact. Le jour suivant, *quoique le pus continuât à s'écouler*, le malade commença à délirer, et le pouls, ainsi que les forces, tombèrent entièrement. Ensuite le délire s'apaisa, et l'enfant parut recouvrer un peu ses forces et son pouls ; ses yeux étaient vifs ; il parlait ; mais, quoiqu'il eût conservé la parole jusque dans les derniers jours de la vie, et que sa respiration eût toujours été facile, cependant son état ayant empiré de nouveau, il mourut au commencement de février 1740. Lorsque j'appris ces détails de ceux qui avaient traité cet enfant dans sa dernière maladie, je jugeai que ce n'était pas l'incision de la tumeur qui avait donné lieu aux accidens extrêmement graves qu'il éprouva et qui l'emportèrent, mais bien la carie du temporal, qui, en même temps qu'elle aurait produit la tumeur, serait parvenue dans la cavité du crâne et y aurait

enfin fait pénétrer la matière purulente. Comme j'avais fait cette réponse dans le Gymnase où l'on avait transporté la tête de l'enfant, je voulus voir aussitôt si je m'étais trompé dans ma conjecture.

» La face était encore d'une belle couleur rosée (c'était le quatrième jour après la mort) et sans aucune cicatrice, de sorte que l'on pouvait croire que la variole n'avait pas porté toute sa violence sur la peau. A l'ouverture du crâne, on trouva les sinus latéraux remplis de sang, ainsi que les vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur de la pie-mère. D'abord on ouvrit les deux ventricules. Il y avait peu d'eau dans le droit, tandis que le gauche en contenait une assez grande quantité, par la raison, je crois, que le malade, à cause de la douleur qu'il éprouvait à l'oreille droite, se couchait de préférence sur le côté gauche. En effet, lorsqu'on souleva doucement le corps calleux, il se manifesta une rupture dans un point du *septum lucidum :* au reste ces parties du cerveau étaient extrêmement *molles*. Ce qu'il y a de certain, c'est que ce décubitus avait rendu plus facile l'introduction du pus que je trouvai dans la cavité de la selle turcique en soulevant le cerveau, et bientôt après à la droite du cervelet en écartant ce viscère, de sorte qu'il semblait qu'il en était descendu quelque peu vers l'origine de la moelle épinière. L'entrée du pus dans la cavité du crâne, comme je le fis voir très-clairement aux assistans, avait eu lieu par cette

face de l'apophyse pierreuse de l'os temporal, que les uns appellent postérieure et les autres inférieure. En effet, si je m'en souviens bien, sur cette face et à l'angle même des sinus latéral et supérieur qui avoisinent la selle turcique, la carie avait fait un trou d'une forme presque circulaire, et de la dimension d'une lentille : de-là le pus, qui s'était répandu entre cette face et la dure-mère, avait corrodé cette dernière et la pie-mère à l'endroit où elle couvre le côté droit du cervelet. Il avait en outre tellement altéré ce viscère, qu'une partie de sa surface était *verte* et *purulente*, et que la partie intérieure, qui était la plus voisine de cette dernière, et qui lui répondait, était teinte d'une couleur *brune* dans l'épaisseur d'un pouce. Tout le pus qu'on voyait dans l'intérieur du crâne était *vert*, sans cependant exhaler une odeur fétide pas plus que la cavité de la tumeur qui avait été incisée derrière l'oreille; ses parois étaient propres; elle communiquait avec la cavité du tympan. Après avoir examiné les limites intérieures et extérieures de la carie, je n'eus pas le temps de poursuivre les petits canaux situés dans l'épaisseur de l'os, parce que je faisais mon cours d'anatomie. Quant au sentiment exquis qui existait dans une certaine partie des lèvres de l'incision, je remarquai un petit nerf délié, qui né, je crois, des nerfs cervicaux, montait sous la peau, au-delà de cette section, dans le sens de la longueur de la tête; de

sorte qu'on pouvait conjecturer que cet état devait être rapporté à ce que quelque partie de ce rameau avait été piquée ou légèrement intéressée dans l'incision. »

§ I. Morgagni a tiré parti de toutes les circonstances de cette observation avec tant d'habileté, son opinion paraît si claire et si naturelle, que vous serez sans doute tenté de l'adopter. Voyons cependant si elle est bien fondée.

Il explique l'épanchement trouvé dans le ventricule gauche par la situation du malade : il suppose qu'il se couchait *de préférence sur ce côté*, *à cause de la douleur qu'il éprouvait dans l'oreille droite*. Mais ceci n'est qu'une supposition, encore est-elle en opposition avec ce qu'on observe tous les jours. Ceux qui ont un écoulement purulent par une oreille, ont bien soin de se coucher de ce côté pour faciliter la sortie du pus, parce que cette évacuation leur procure toujours un peu de soulagement. Il prétend que dans cette position le liquide a pu passer du ventricule droit dans le gauche, parce qu'en soulevant le corps calleux, *il se manifesta une rupture dans un point du septum lucidum*. Mais en même temps il ajoute, que *ces parties étaient extrêmement molles*. Ce ramollissement nous explique assez clairement, je crois, pourquoi cette espèce de membrane, déjà si fragile, s'est déchirée par la plus légère traction. Nous en tirerons encore une autre conséquence, c'est que

ces parties avaient été le siége d'une inflammation. Cette première explication le conduit à une seconde, et voilà pourquoi il y attache tant d'importance.

Ce qu'il y a de certain, dit-il, c'est que ce décubitus a rendu plus facile l'introduction du pus, etc. Ainsi il regarde maintenant comme démontré ce qu'il vient de donner comme une pure hypothèse. Toutefois, en admettant avec lui que le malade se soit couché de préférence sur le côté sain, ce qui, je le répète, n'est pas probable, en résulte-t-il que le pus trouvé dans la cavité du crâne soit venu de celle de l'oreille? C'est tout au plus ce qu'on pourrait supposer si l'écoulement de l'oreille avait été supprimé, et il ne l'a pas été un seul instant. Il est vrai que le rocher et la dure-mère étaient détruits; mais dans les observations précédentes il n'existait aucune communication entre la cavité du crane et celle de l'oreille: cependant on a trouvé du pus soit dans la substance cérébrale, soit à la surface de l'arachnoïde, et presque toujours près de l'oreille malade. Dans tous ces cas, l'inflammation de l'encéphale et de ses membranes a bien été déterminée par le voisinage de l'oreille malade, mais le pus ne pouvait venir de la cavité du tympan. La communication dont parle Morgagni prouve donc seulement que la désorganisation s'est étendue de proche en proche jusqu'au cerveau, mais non pas que le pus y soit venu de l'oreille.

Morgagni décrit avec la plus grande assurance les désordres causés par le pus, et la marche qu'il a suivie, parce que de son temps on ne mettait pas en doute sa propriété *corrosive*. Cette explication ne mérite pas aujourd'hui la peine d'être réfutée.

Le pus avait, dit-il, tellement altéré le cervelet, que sa surface était verte et purulente; et il a soin de faire remarquer que tout le pus contenu dans le crâne était vert, pour en tirer cette conséquence, que c'était ce même pus qui avait imprégné la substance cérébrale. Nous avons eu souvent à nous expliquer au sujet de cette coloration du cerveau dans les ramollissemens purulens, et nous avons vu que c'était en effet le pus qui lui donnait cette couleur; mais que ce pus était produit par l'inflammation de la portion du cerveau dans laquelle il était infiltré, et qu'on ne pouvait pas supposer qu'elle s'en imbibait d'une manière passive comme ferait une éponge. Morgagni ajoute qu'un peu plus profondément, la substance du cervelet était *brune* dans l'épaisseur d'un pouce; il ne cherche pas à expliquer cette coloration particulière parce qu'elle n'a pas de rapport avec le pus qui était vert. Rien n'est cependant plus simple : vous savez que sur le trajet des fibres blanches qui vont du cervelet au mésocéphale, et qu'on appelle pédoncules du cervelet, se trouve un ganglion de substance grise, analogue à la couche des nerfs

optiques et au corps strié, mais plus ferme et d'une couleur beaucoup plus *brune*. Ce ganglion, connu sous le nom de corps *rhomboïdal* ou *dentelé* du cervelet, ovoïde, allongé, ondulé, a le volume d'une fève de marais, et se trouve placé précisément vers le point où était la tache brune indiquée par Morgagni. C'était donc lui qui était le siége de cette altération qu'on ne rencontre, comme vous le savez, que dans la substance grise et à la suite d'une inflammation.

Mais le corps calleux et le septum lucidum avaient également été enflammés : pourquoi donc supposer que le pus, trouvé dans le crâne, venait de la cavité du tympan? Si vous admettiez l'opinion de Morgagni, je ne sais pas comment vous expliqueriez les symptômes d'inflammation du cerveau et de l'arachnoïde; il dit lui-même que ce n'est pas l'incision de la peau qui a donné lieu aux accidens qui ont suivi l'ouverture de la tumeur (1). A

---

(1) Il n'est cependant pas rare de voir, après l'ouverture de ces tumeurs, les symptômes s'aggraver, soit par suite de la marche naturelle de la maladie, soit parce que l'air pénètre plus facilement dans toutes les anfractuosités de l'oreille. Vous en trouverez entre autres un exemple dans Baugrand (Zodiac., med. gall. a. 2. Obs. 16. Jul.), remarquable par l'étendue des désordres trouvés après la mort.

Il s'agit d'un enfant de dix ans, qui avait depuis un mois une tumeur sur l'apophyse mastoïde, qui se termina par suppuration. Fièvre lente, toux, voix rauque, respiration difficile, faiblesse

quelle cause attribueriez-vous donc les convulsions, le délire, etc., à moins que vous ne supposiez avec lui que c'est le pus qui, par sa présence, a irrité l'arachnoïde et le cerveau, ce qui serait prendre l'effet pour la cause? Si je me suis arrêté trop long-temps à discuter les opinions de ce profond observateur, c'est que, pour oser ne pas être de son avis, il faut prouver qu'on a dix fois raison.

Mais revenons à la seconde observation, qui lui a été communiquée par son élève et son ami Médiavia.

N° 26.

Fistule derrière l'oreille *droite*, fièvre, délire, assoupissement. —*Eau verdâtre dans les ventricules latéraux, pus dans le* droit, *carie du rocher, suppuration entre lui et la dure-mère, érosion de cette dernière.* (Morg. Epist. XIV. n° 5.)

Un jeune homme portait au-dessus de l'apophyse mastoïde *droite* une fistule qui paraissait

---

générale. A l'ouverture de la tumeur, issue d'une grande quantité de matière fétide; peu de temps après, perte de la voix et de l'ouïe; mort quatre mois plus tard; poumon ulcéré et plein d'une matière semblable à celle qui était sortie de l'abcès; ventricules du cerveau également pleins de pus; apophyses mastoïdes, coronoïdes et stiloïdes, presque détruites par la carie, ainsi que les cavités glénoïdes de la première vertèbre, l'apophyse odontoïde de la seconde et la partie inférieure de l'occipital.

J'aurai occasion de revenir sur cette observation.

ancienne. Les liquides qu'on y injectait revenaient en partie par l'oreille voisine, par laquelle cependant il entendait. Il fut reçu à l'hôpital moins pour sa fistule que pour une fièvre qui s'y était jointe; cette dernière faisant des progrès en peu de jours, le malade fut pris de délire avec propension à l'assoupissement, et mourut.

« A l'ouverture du crâne on trouva les vaisseaux du cerveau gorgés de sang et beaucoup d'eau verdâtre dans les ventricules latéraux. Au-dessous de cette eau l'on voyait dans le ventricule *droit* du *pus* de la même couleur. Une quantité beaucoup plus considérable était épanchée entre la dure-mère et la face de l'apophyse pierreuse du temporal qui a été indiquée dans l'observation précédente, et s'était ainsi frayé un chemin entre elles jusqu'au canal vertébral. La cavité du tympan était également remplie de pus de la même qualité. La carie s'était avancée jusque derrière l'aqueduc de Fallopia et les canaux demi-circulaires, et avait corrodé la face de l'apophyse pierreuse dont j'ai parlé, de manière à laisser une fente assez large à la partie postérieure du trou qui reçoit les deux portions du nerf auditif. La dure-mère qui couvrait cette fente *paraissait* rongée dans cet endroit, mais dans une étendue moindre que celle de la fente elle-même. Au reste, quoique le cerveau eût sa consistance naturelle, et qu'il fût disséqué le lendemain de la mort, la mauvaise odeur qu'exhalait cette tête, était telle, qu'il

ne fut pas possible de chercher quel trajet avait suivi le pus depuis la fente jusqu'au ventricule droit, ni de s'assurer si outre la membrane du tympan, il y avait d'autres parties de l'oreille affectées, et quelles étaient ces parties.

» Vous attribuerez cette différence si remarquable qui existe pour la mauvaise odeur entre ces deux histoires, à la différence de la saison, de l'âge et de l'état des humeurs chez les deux individus, tandis que vous rapporterez les autres différences à d'autres causes; celle de l'assoupissement, par exemple, à une plus grande quantité d'eau renfermée dans les deux ventricules du jeune homme, qui de plus était mêlée, du côté droit, avec du pus; celle de la surdité, à la carie qui avait produit chez l'enfant une lésion plus considérable dans les organes internes de l'ouïe; celle des convulsions, à la lésion d'un nerf chez ce dernier (1); celle de la chute du *pouls* et *des forces*, à l'altération du *cervelet* sur le même. Vous attribuerez, au contraire, les symptômes qui sont communs à l'un et à l'autre, aux circonstances qui furent analogues sur tous les deux, comme l'invasion inattendue d'accidens aussi graves, à l'irritation subite des méninges *par l'épanchement du pus:* le délire, à cette même

---

(1) Morgagni dit cependant dans l'observation précédente : « Je jugeai que ce n'était pas l'incision de la tumeur qui avait » donné lieu aux accidens extrêmement graves, etc. »

irritation qui *arrêtait le sang dans les vaisseaux* qui s'étaient engorgés par *cette raison même ;* enfin la mort, à l'altération de ces mêmes méninges, du cervelet et du cerveau.

» Mais une circonstance commune à ces deux sujets et pour laquelle je vous ai rapporté ces deux histoires, c'est la voie ouverte par la carie entre les oreilles d'où s'écoulait le pus, et la cavité du crâne. Et personne cependant, en voyant dans cette dernière une sanie semblable, ne pouvait soupçonner que cette voie eût livré passage au pus, pour aller de la cavité du crâne dans l'oreille, tandis que tout le monde, en réfléchissant à ce qui s'était passé, avouait qu'il était venu de l'oreille dans la cavité du crâne. Or, comme il est évident que l'oreille peut produire du pus et le supporter sans préjudice pour la vie beaucoup plus long-temps que le cerveau, on voit clairement aussi quel jugement on doit porter sur les cas analogues que j'ai cités au commencement. »

§ I. Ainsi, suivant Morgagni, dans les deux cas c'est le pus qui a produit l'irritation subite des méninges, et l'engorgement des vaisseaux qui a été cause du délire, etc. Je ne m'arrêterai pas à vous démontrer qu'il a pris l'effet pour la cause, et je vous laisse le soin de démêler, parmi ses autres explications, celles qui sont fondées et celles qui ne le sont pas. Quant à l'observation de Mediavia, elle est encore moins concluante que la première.

Morgagni dit seulement que la dure-mère qui recouvrait l'os carié *paraissait* rongée, ce qui ferait croire que la chose n'était pas bien évidente. Il parle de pus trouvé entre l'os et la dure-mère, mais il ne dit pas qu'on en ait trouvé à la surface de l'arachnoïde. Enfin il prétend que la mauvaise odeur qu'exhalait cette tête, n'a pas permis de chercher quel trajet avait suivi le pus depuis la fente de l'os jusqu'au ventricule droit; mais malgré la mauvaise odeur du cerveau, s'il eût été désorganisé dans la direction du ventricule *droit*, n'eût-il pas été facile de s'en assurer lorsqu'on examina ce ventricule ?

Concluons que dans l'explication de ces deux observations, Morgagni s'est laissé entraîner aux idées mécaniques qui régnaient de son temps.

§ II. Il cite ensuite deux observations, l'une de Moegling, et l'autre de Laubius, comme analogues à celles qu'il vient de rapporter, c'est-à-dire, qu'il pense que le pus trouvé dans la cavité du crâne, était venu de l'oreille et avait été cause de la mort.

§ III. Dans l'observation de Moegling, (Ephem. nat. cur. cent. 6 obs. 21), il s'agit d'un homme de 70 ans, qui, à la suite d'une forte percussion de la tête, eut une céphalalgie qui augmenta de jour en jour. Trois mois après, issue d'une matière sanieuse et fétide par l'oreille gauche, augmentation de la douleur, tremblement de la joue, *distorsion de la bouche*, issue par le conduit auditif

d'une tumeur fongueuse, indolente, laissant écouler par le moindre contact une matière sanieuse et sanguinolente : on y appliqua du digestif, du précipité, de la poudre de sabine, le fer rouge, etc. Le fongus repullula toujours, il se forma derrière l'oreille une tumeur grosse comme le poing, bosselée, squirreuse, qui, s'étant ouverte, fournit une sanie abondante. Augmentation de la distorsion de la bouche, déglutition très-difficile, diminution des forces et de la mémoire, perte de la parole, mort.

Dure-mère couverte d'une quantité considérable d'humeur *gélatineuse* ; injection vasculaire ; *inflammation* de la substance corticale du cerveau, mais non de la médullaire. Carie du rocher, érosion inégale capable de recevoir le pouce. Destruction des osselets de l'ouïe, conduit auditif bouché, polype du volume d'un œuf de poule, blanchâtre, spongieux, sans cavité, enveloppé d'une membrane mince. Sur les côtés de la suture sagittale et en dedans, exostose éburnée. Ossification de plusieurs points de la dure-mère.

§ I. Rien dans cette observation ne prouve que le pus ait pénétré de l'oreille dans le crâne ; il suffit même, pour prouver le contraire, de remarquer que la matière *gélatineuse*, qui recouvrait la dure-mère, ne peut avoir aucun rapport avec la *sanie fétide* qui sortait par l'oreille. Aussi ne parlerai-je pas des autres circonstances.

L'observation de Laubius, plus remarquable, mérite d'être rapportée avec tous ses détails.

N° 27.

Fièvre grave, obscurcissement de la vue, alternant avec un écoulement de l'oreille *gauche*, abcès derrière la conque, paralysie foudroyante à *gauche*, convulsion à *droite*, *carie du rocher à* gauche, *abcès dans le cerveau entre le rocher et les couches des nerfs optiques.*

Jean André, robuste, dans la vigueur de l'âge, éprouva, vers la fin d'avril 1713, une fièvre continue, accompagnée des symptômes les plus graves; il en guérit par les prompts secours de la médecine; mais il resta triste et mélancolique; sa vue s'obscurcit et finit par s'éteindre entièrement après avoir été plusieurs fois améliorée lorsqu'il survenait un écoulement de pus par l'oreille, et perdue de nouveau lorsque cet écoulement cessait. Vers la fin de l'été, il survint une tumeur considérable derrière l'oreille *gauche*; elle diminuait un peu lorsqu'il survenait un écoulement abondant de pus par le conduit auditif, et revenait quelques jours après; ces alternatives se reproduisirent trois ou quatre fois : de-là des douleurs intermittentes qui allèrent en augmentant. Enfin, le 1er novembre de la même année, le malade eut une attaque d'apoplexie avec perte du sentiment et du mouvement. Pendant trois jours, il resta dans son lit, immo-

bile comme un marbre. Le quatrième jour, il recouvra la parole et demanda à manger, mais à peine on pouvait le comprendre. Il n'avalait que très-difficilement. Le côté *gauche* était paralysé, le côté droit fut agité de convulsions jusqu'au moment de la mort qui arriva le 11 novembre.

Le crâne était fort mince, comparé à la stature de l'individu, et la suture sagittale s'étendait jusqu'au nez. Les vaisseaux de la dure-mère étaient distendus par du sang vers les sinus. Il sortit environ cinq onces de pus de la substance cérébrale vers l'oreille *gauche,* dans l'espace compris entre l'os pétreux et la partie antérieure des couches des nerfs optiques. Tout le reste du cerveau était sain, seulement les vaisseaux étaient fort dilatés. Le rocher était carié à sa surface par l'acrimonie du pus *retenu là depuis long-temps*; la dure-mère était fortement adhérente; *c'était par-là que le pus s'était écoulé par le tympan, et avait tout détruit.*

§ I. Vous voyez, par les expressions de Laubius, qu'il pensait que c'était l'acrimonie du pus formé dans le cerveau, qui avait carié le rocher et détruit tout dans la cavité dn tympan. Morgagni pensait, au contraire, que c'était le pus formé dans l'oreille qui avait détruit l'os et la dure-mère. Ces deux opinions si opposées ont cependant cela de commun, qu'elles attribuent au pus des qualités corrosives qu'il n'a pas. Morgagni et Laubius prennent ici l'effet pour la cause. Ce n'est pas le pus qui, venu

du dedans ou du dehors, a détruit le rocher et la dure-mère, c'est l'inflammation qui a détruit ces parties et produit en même temps la suppuration.

Mais cette inflammation a-t-elle commencé par le dedans ou par le dehors ? On conçoit difficilement qu'une inflammation du cerveau s'étende au rocher de manière à frayer au pus une voie par l'oreille, au lieu que les observations précédentes nous ont appris avec quelle facilité les inflammations de la cavité du tympan produisent la carie du rocher, etc., etc. D'ailleurs rien n'est plus commun que les suppurations de l'oreille à la suite des maladies graves : les symptômes cérébraux ont été en s'aggravant de plus en plus. Si la maladie avait commencé par le cerveau, ils auraient, au contraire, dû diminuer après l'ouverture de l'abcès dans l'oreille.

Morgagni (Epist. XIV, n° 6) attribue l'obscurcissement de la vue, qui survenait lorsque l'écoulement de l'oreille cessait, à ce que cette *matière putride* s'épanchait dans le crâne. Et il faut avouer que dans ce cas-ci l'explication est plausible, puisque la cavité du tympan communiquait avec l'abcès du cerveau. Cependant rappelez-vous que dans l'observation dix-huitième, les symptômes d'affection cérébrale commencèrent immédiatement après la cicatrisation d'une fistule située derrière l'oreille gauche, et que ce fut dans l'hémisphère droit du cerveau qu'on trouva un abcès. Vous avez vu que,

dans l'observation vingtième, de violentes douleurs de tête se manifestèrent en même temps que l'écoulement de l'oreille diminua; on trouva un abcès dans le cerveau; le rocher était carié, mais la dure-mère intacte. Dans ces deux cas, le pus n'avait pas pu venir du dehors comme les symptômes auraient pu le faire croire. Je pourrais vous rapporter beaucoup d'autres observations de même nature; je me contenterai de vous citer les deux suivantes. Vous trouverez l'une dans l'ancien Journal de médecine, T. XXX. Elle est du docteur Martin.

§ II. Le nommé Cartigau, d'une mauvaise constitution, sujet à une suppuration de l'oreille droite, *qui diminua*, éprouva de la fièvre et une pesanteur de tête, portée au point de l'empêcher de marcher et souvent de reposer; la mort fut attribuée à la suppression de l'écoulement purulent. A l'ouverture du crâne, on trouva le cerveau et ses enveloppes dans un état parfaitement sain, seulement la dure-mère parut bosselée et peu adhérente à la face postérieure du rocher, qui était carié et présentait un grand nombre de trous, par lesquels on pouvait introduire un stylet dans le tympan, mais la dure-mère était *entière*.

§ III. L'autre est celle de l'enfant dont parle Poupart (Hist. de l'Acad. des sciences, année 1700, obs. 19); elle est encore bien plus frappante. A la suite d'une chute sur la tête, il conserva vers la suture sagittale *un petit trou*, par où se faisait

une abondante suppuration qui tenait lieu de trépan. De temps en temps, *la suppuration s'arrêtait pendant quelques jours, puis recommençait. Quand elle était arrêtée,* le malade avait, *quatre ou cinq fois le jour pendant un quart-d'heure, de grandes convulsions* au bras droit et à la mâchoire du même côté; *elles cessaient absolument quand la suppuration revenait.* Après la cicatrisation, les convulsions revinrent toujours de la même manière. La fièvre se déclara, et le malade mourut.

La dure-mère n'était ni enflammée ni altérée, tout le lobe gauche du cerveau était abcédé.

Il est clair que dans tous ces cas, c'est l'inflammation cérébrale qui a déplacé celle qui était établie à la périphérie du crâne; c'était parce que la fluxion s'opérait sur le cerveau, qu'elle n'avait plus lieu dans son voisinage, que, par conséquent, la suppuration cessait. La céphalalgie et les autres accidens étaient dûs à cette fluxion, et non pas à ce que le pus se serait porté dans l'intérieur du crâne, au lieu de sortir par la fistule, puisqu'il n'existait aucune voie de communication de cette fistule avec la cavité du crâne. Pourquoi la chose n'aurait-elle pas eu lieu de la même manière dans le cas rapporté par Laubius, quoiqu'il y ait eu communication de la cavité de l'oreille avec celle du crâne; quelle autre cause pourrait avoir supprimé cet écoulement de l'oreille?

§ IV. Le même Laubius a rapporté, dans la hui-

tième centurie du même ouvrage, obs. 21, l'histoire d'une femme pauvre, qui, à la suite d'un traitement anti-vénérien, eut une tumeur dans la région temporale avec écoulement d'une matière purulente par l'oreille du même côté; lorsqu'il cessait, il était remplacé par un autre écoulement de matière à peu près semblable.... Après la mort, on trouva tout le temporal détruit, ainsi qu'une partie du cerveau, etc.

Vous voyez que cet écoulement purulent de l'oreille alternait avec un autre d'une nature à peu près semblable, sans qu'on puisse soupçonner que le pus se transportât d'un endroit à l'autre. Au reste, rien n'est plus commun que les faits de cette nature, j'ai seulement choisi quelques-uns de ceux qui avaient plus de rapport avec notre sujet.

N° 28.

Ecoulement par l'oreille *gauche* supprimé, augmentation de la céphalalgie, délire, injection de la face, contraction de la pupille, pouls irrégulier, convulsions, coma profond, strabisme, insensibilité. —*Injection de l'arachnoïde extérieure et intérieure, vaste abcès contigu à la carie et communiquant à l'extérieur.* (Medico-chirurg. Journal. octobre 1819, p. 235.)

Une jeune fille, âgée de 14 ans, fut admise dans l'établissement de Meath-Street dans le mois de juin 1812.

Le docteur O'Brien la trouva dans un violent paroxysme de délire : face rouge, yeux animés et rouges, iris contractée, pupille rétrécie, pouls cent vingt pulsations, fort et irrégulier. On apprit qu'elle avait été long-temps sujette à un écoulement par l'oreille gauche accompagné pendant long-temps de céphalalgie, que la suppuration avait été supprimée pendant les trois dernières semaines, et que dès-lors la céphalalgie était devenue plus violente. (Saignée de 14 onces, applic. d'eau froide sur la tête, un large vésic. au cou, fomentat. dans l'oreille avec du lait chaud et de l'eau, applic. de catap. émol., forts purgatifs, saignée de l'art. tempor. de six onces.)

Deuxième jour. Légère diminution dans les symptômes, quelques accès de convulsions pendant la nuit. (Nouvelle saignée.)

Troisième jour. Coma profond, insensibilité, pupilles dilatées, déviation de l'œil gauche, convulsions, pouls excessivement fréquent. Mort le lendemain.

Ouverture du cadavre. La peau et les parties molles qui environnaient l'oreille malade étaient d'une couleur noire ou plutôt d'un vert noirâtre s'étendant de la base du crâne à la moitié du cou. La dure-mère adhérait fortement au crâne, la pie-mère était enflammée, ses vaisseaux étaient très-injectés. Les ventricules contenaient très-peu de liquide, mais le plexus choroïde et la membrane sé-

reuse étaient très-injectés; la substance du cerveau, *plus molle* que dans l'état naturel, contenait un vaste abcès situé sur la portion pierreuse du temporal, s'étendant jusqu'au cervelet, rempli d'une matière verdâtre et très-fétide; la dure-mère était détruite vis-à-vis de cet abcès, l'os lui-même était carié de manière que l'abcès communiquait avec les muscles extérieurs.

§ I. Le docteur O'Brien pense que la membrane interne de l'oreille fut le siége primitif de l'inflammation, qui par la suite a produit la destruction de l'os, etc.

Cette opinion me paraît trop évidente pour avoir besoin d'être développée. Mais il est une circonstance de cette observation, qui mérite d'être examinée avec quelque attention. Trois semaines avant l'entrée de la malade à l'hôpital, l'écoulement de l'oreille s'était supprimé; et cette suppression avait été accompagnée d'une augmentation dans la céphalalgie; ensuite survint du délire, etc. L'abcès du cerveau communiquait avec la cavité du tympan. Si Morgagni avait pu avoir connaissance de cette observation il n'aurait pas manqué de la citer en faveur de son opinion; et en effet elle paraît plus propre qu'aucune des précédentes, à faire croire que le pus formé dans l'oreille s'est porté dans le cerveau.

Mais d'abord vous remarquerez que cette suppuration s'est tarie spontanément; qu'aucun obsta-

cle ne s'est opposé à la sortie du pus et ne l'a forcé à refluer dans le cerveau. Ensuite, en supposant que le pus eût été forcé d'une manière mécanique à se porter dans la cavité du crâne, il se serait épanché à la surface de l'arachnoïde ; mais on ne voit pas comment il se serait creusé une cavité dans la substance du cerveau plutôt que de se répandre à sa surface.

La suppuration de l'oreille a cessé parce que le cerveau, enflammé par suite de l'extension de la maladie à la dure-mère, est devenu le centre de la fluxion qui se faisait auparavant vers l'oreille. Dans l'espace de ces trois semaines, un abcès s'y est formé. A cette époque l'inflammation s'est exaspérée : de-là les symptômes observés depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, et le ramollissement qui environnait ce vaste abcès.

N° 29.

Migraine, suppuration de l'oreille gauche, surdité, fongosité, suppression de l'écoulement, céphalalgie, etc., tout-à-coup symptômes cérébraux aigus. — *Sérosité dans les ventricules, abcès enkysté communiquant avec la cavité du tympan, ramollissement de la substance cérébrale environnante, carie du rocher.* (Journal de Sédillot, T. XLV, p. 453, Obs. du docteur Brodie.)

Le jeune S., sujet à la migraine depuis son enfance, apprenait difficilement, mais retenait à merveille, et paraissait doué d'un jugement sain ; sa

santé ni son intelligence n'offraient d'ailleurs rien de particulier. A l'âge de deux ans, il devint sourd de l'oreille *gauche* qui commença à suppurer, et l'écoulement n'eut presque point d'interruption. Au mois de mars 1809, il continuait toujours quoique l'enfant eût 14 ans ; on aperçut une petite excroissance fongueuse à l'intérieur du conduit auditif externe : on appliqua d'abord de la pommade citrine qui ne produisit aucun effet, puis de l'onguent citrin qui, au bout d'environ 15 jours, fit cesser la suppuration. Elle fut remplacée par une vive douleur de tête et de l'oreille du côté malade ; on renonça à la pommade ; l'écoulement reparut et les douleurs cessèrent. Quelque temps après, on employa de nouveau la pommade qui fit cesser l'écoulement, et il ne revint depuis que par intervalle et en petite quantité. Huit jours après, céphalalgie assez violente pour arracher des cris au malade ; il assurait qu'il devenait fou. Cependant il continua de jouer avec ses camarades ; ses études seules furent interrompues ; tout-à-coup le mal fut insupportable ; l'enfant perdit connaissance. Le lendemain, assoupissement, dilatation des pupilles ; pouls de trente à quarante pulsations ; constipation (vésic. sur la tête, purg.) ; un peu de mieux suivi bientôt de propension au sommeil ; contraction des pupilles sans perte de connaissance ; enfin l'enfant mourut dans un état comateux.

Autopsie. Vaisseaux de la dure-mère gorgés de

sang, ainsi que ceux de la pie-mère et de l'arachnoïde, et la surface de cette dernière était aussi sèche que si on l'eût essuyée avec un linge.

Dans les ventricules du cerveau, environ deux onces de sérosité.

Dans l'hémisphère gauche, on trouva un kyste d'environ trois pouces de diamètre, de consistance pulpeuse, épais et vasculaire, contenant une matière purulente, épaisse et de couleur foncée. L'extrémité inférieure du kyste reposait sur la partie pierreuse du temporal; une très-petite ouverture, traversant le kyste, la dure-mère et l'os, établissait une communication entre la cavité de ce kyste et le conduit auditif externe. La substance cérébrale, enveloppant le kyste, était *jaune*, beaucoup plus *molle* que dans l'état ordinaire.

Duncan'st, *medical Commentaries*, rapporte un fait analogue.

§ I. Cette observation est peut-être la plus favorable qu'on puisse rapporter en faveur de l'opinion de Morgagni, car deux fois la suppression de l'écoulement purulent de l'oreille fut suivie d'accidens qui cessèrent lorsque l'écoulement se rétablit; il existait une communication de la cavité du tympan avec l'abcès enkysté. Voilà bien des raisons de croire que le pus, formé dans l'oreille, a reflué vers le cerveau; que c'est lui qui a été cause de la formation du kyste; que celui qu'on y a trouvé venait du tympan. Mais remarquez que

la maladie de l'oreille était déjà fort avancée à l'âge de deux ans, puisque l'ouïe était perdue. Une excroissance fongueuse parut douze ans après dans le fond du conduit auditif. Fongosités, lorsqu'elles surviennent à la suite d'othorrées purulentes, aussi anciennes, annoncent en général une altération profonde du rocher, de la dure-mère, etc.; elles sont de même nature que la membrane muqueuse qui tapisse le kyste, et produites par la même cause. Il est donc très-probable, pour ne pas dire certain, que l'abcès enkysté existait déjà à l'époque où l'on eut l'imprudence d'introduire, dans le fond du conduit auditif, un onguent qui s'y dessécha et y forma une espèce de croûte; celle-ci, unie à la fongosité en question, boucha le canal comme un tampon, et empêcha la sortie du pus formé dans le kyste et dans la cavité du tympan : de-là les douleurs de tête et d'oreille.

Mais, sur la fin de la maladie, quoique l'écoulement fût rétabli, il survint des symptômes plus graves qui ressemblaient entièrement à ceux d'inflammation aiguë du cerveau et de l'arachnoïde, succédant à une affection chronique de ces mêmes organes. Et en effet la substance cérébrale qui environnait le kyste, était jaune et beaucoup plus molle qu'à l'ordinaire, et les membranes offraient des traces non équivoques d'inflammation.

Ainsi vous voyez qu'en admettant l'effet incontestable de la suppression mécanique de l'écoule-

ment du pus, on n'est pas forcé d'adopter l'opinion de Morgagni.

§ II. Il se développe quelquefois dans le conduit auditif externe des polypes qui sont accompagnés d'écoulement muqueux ou puriforme, de surdité, etc., qu'il est bien important de ne pas confondre avec les fongosités dont nous venons de voir un exemple. Les polypes peuvent être enlevés sans danger, on doit en tenter la guérison. Les fongosités doivent être scrupuleusement respectées; mais ce n'est pas ici le lieu d'insister sur ce point.

Quelquefois la carie du rocher produit plusieurs inflammations distinctes, d'où résultent des foyers séparés aboutissant à la cavité du tympan. Le docteur Parkinson en a consigné un exemple, sous le titre d'hydrocéphale, dans le *London Medical Repository*, n° 39, mars 1817.

N° 30.

Ecoulement purulent par l'oreille *droite*, céphalalgie, convulsions, insensibilité, dilatation des pupilles, intelligence. — *Epanchement dans les ventricules, abcès dans le cerveau et dans le cervelet, communiquant avec la carie.*

Un jeune homme de 14 ans éprouvait de violens accès de céphalalgie, qui duraient souvent pendant vingt-quatre heures et étaient accompagnés

de douleurs dans l'oreille droite, d'où s'écoulait quelquefois du pus. L'écoulement augmenta, devint sanguinolent et fétide. Le malade s'affaiblit de plus en plus, éprouva des convulsions, tomba dans un état d'insensibilité avec dilatation des pupilles, lenteur extrême du pouls, et mourut en conservant sa raison jusqu'au dernier moment.

A l'ouverture du cadavre, on trouva trois onces de fluide dans les ventricules latéraux, un petit abcès dans le lobe moyen de l'hémisphère droit du cerveau, qui communiquait avec une ouverture produite par la carie de la partie supérieure du rocher du même côté. Une sonde introduite par cette ouverture sortit par le conduit auditif externe. La dure-mère, détachée en partie de l'os temporal, paraissait dans une grande étendue, presque gangrénée ; un autre abcès occupait tout le lobe droit du cervelet et communiquait aussi avec l'oreille par la carie du rocher; il en sortit une once de pus fétide.

§ I. Il est assez singulier que le docteur Parkinson ait attaché assez d'importance à ces trois onces de liquide trouvées dans les ventricules, pour intituler cette observation *Hydrocéphale*. Plus nous avancerons, plus vous aurez occasion de vous convaincre que rien n'est aussi commun que cette espèce de complication dans les affections chroniques du cerveau ; elle dépend du voisinage de la congestion habituelle qui se fait sur l'organe primitivement affecté de la même manière que dans les ca-

ries du rocher ; l'inflammation s'étend à la portion du cerveau , voisine de l'oreille malade.

Vous avez dû remarquer que ce jeune homme avait conservé toute son intelligence jusqu'au dernier moment , quoiqu'une partie du cerveau et du cervelet eût été détruite par la suppuration ; mais les deux abcès communiquaient avec la cavité du tympan , et le pus pouvait s'écouler au dehors avec assez de facilité pour ne pas gêner les fonctions de l'hémisphère sain. D'ailleurs il est probable qu'ils se sont développés lentement et l'un après l'autre , comme le prouvent la nature et la marche des symptômes.

§ II. Vous avez vu l'inflammation aiguë ou chronique de la membrane qui tapisse la cavité du tympan produire celle du cerveau, soit par une espèce de consensus qui fait partager au cerveau la fluxion qui s'opère dans son voisinage , soit en s'étendant de proche en proche au rocher , à la dure-mère , etc , etc. Vous avez vu le pus formé dans la cavité du crâne s'écouler par le conduit auditif externe , au moyen des pertes de substance que la maladie avait fait éprouver au rocher ainsi qu'à la dure-mère , et même la suppression *mécanique* de l'écoulement purulent produire des accidens graves. Quant à la suppression spontanée de cet écoulement, et au passage du pus de la cavité de l'oreille dans celle du crâne ; je vous ai fait connaître l'opinion de Morgagni , les observations qui

l'ont fait naître, et même beaucoup d'autres faits qui paraissaient encore plus concluans : c'est à vous de juger du degré de confiance que vous devez accorder à ces explications purement mécaniques.

§ III. Vous avez vu que quelques-uns des faits cités par Morgagni avaient été interprétés d'une manière toute opposée par ceux même qui les avaient recueillis ; ainsi Laubius pensait (*voy.* l'obs. n° 27) que c'était le pus formé dans le cerveau qui avait détruit la dure-mère et s'était fait jour à travers le rocher. D'autres observations ont de temps en temps fait revivre cette hypothèse ; enfin elle a été adoptée tout récemment par un praticien qui a fait une étude spéciale des maladies de l'oreille, et vient d'enrichir la science d'une excellente monographie dans laquelle il a consigné les résultats de sa longue expérience sur un sujet trop peu connu. L'opinion de M. Itard étant d'un grand poids dans une pareille question, nous l'examinerons en détail.

Il appelle otorrhée *cérébrale* celle dont le foyer principal est dans l'intérieur du crâne, et il en admet deux espèces qu'il distingue en primitive et en consécutive. Voici ce qu'il dit de la première, p. 213 et suiv.

« L'otorrhée cérébrale est *primitive* toutes les fois que, sans aucune lésion antécédente de l'oreille, il se forme, dans l'intérieur du crâne aux dépens

du cerveau ou de ses membranes, ou même des os, une suppuration qui, après avoir pénétré dans l'oreille interne, soit par des trous faits au rocher par la carie, soit à la faveur des ouvertures naturelles de cet os, se fait jour au dehors par le conduit auditif externe, ou, ce qui est infiniment rare, par la trompe d'Eustachi.

» Les causes de l'otorrhée cérébrale primitive sont toutes celles qui peuvent entraîner la suppuration du *cerveau* et des *méninges*, lorsque cette suppuration a lieu dans le voisinage du rocher, ou lorsque, formée dans l'intérieur même du cerveau, elle se fait jour vers les fosses moyennes du crâne. Il résulte de-là que cette otorrhée peut être regardée, dans *beaucoup* de circonstances, comme la terminaison *critique d'une phlegmasie de l'encéphale*.

» Il est digne de remarque que, lorsque le cerveau vient à être le siége d'une véritable suppuration, le pus, au lieu de se répandre indistinctement sur tous les points de la circonférence de la base du crâne, ou de se ramasser dans le fond des cavités occipitales, se dirige et s'accumule de préférence autour du rocher, et particulièrement sur sa face antérieure. Cette dernière particularité *explique* pourquoi le trou auditif interne pratiqué au sommet de la face postérieure, et d'ailleurs séparé par la tente du cerveau du pus accumulé sur sa face antérieure, sert très-rarement de moyen d'évacuation à la matière purulente qui, dans la

plupart des cas et *à cause de cette disposition anatomique*, se fait jour dans le rocher perforé par la carie....

» L'otorrhée cérébrale se manifeste communément par ces signes : céphalalgie continuelle d'abord obtuse, puis vive, lancinante et atroce, persistant néanmoins à un degré très-modéré et réduite à une simple pesanteur de tête ; pouls dur, fréquent et devenant ensuite quelquefois plus rare même que dans l'état de santé ; rougeur des yeux, tiraillement douloureux dans le fond de l'orbite ; quelquefois contractions convulsives des muscles de la face, tension et empâtement œdemateux du cuir chevelu ; sentiment de constriction sur toute la surface des os du crâne, comme s'ils ne pouvaient suffire à contenir le cerveau : quelquefois lésion des facultés intellectuelles, et surtout de la mémoire ; perte de l'appétit, du sommeil et des forces.

» Si lorsque l'état du malade n'est pas tout-à-fait désespéré, il survient de la douleur dans l'une des deux oreilles avec surdité, bourdonnement, nul doute que l'abcès du cerveau ne doive se vider par l'oreille, et établir bientôt avec l'espoir de la guérison une véritable otorrhée purulente.

» Cette affection symptomatique de l'oreille ne se manifeste pas toujours à la suite de symptômes aussi intenses. Le plus communément elle vient à la suite d'une *congestion purulente*, qui s'est formée lentement dans le crâne, par suite

d'une phlegmasie chronique du cerveau ou de la dure-mère, et même du cervelet, ou par la *fonte* de quelque *kyste* ou de quelques tumeurs squirreuses de la masse encéphalique et sans autres symptômes précurseurs qu'une céphalalgie continuelle, quelquefois périodique, mais alors violente, et souvent accompagnée de mouvemens convulsifs et d'une langueur générale des forces physiques et morales.

» L'otorrhée qui s'est ainsi manifestée ne peut avoir qu'une issue fatale; celle au contraire, qui est survenue à la suite d'une suppuration aiguë du cerveau, laisse beaucoup plus d'espoir de guérison. »

§ IV. M. Itard suppose, comme vous le voyez, que le pus, résultant de l'inflammation du cerveau ou de ses membranes, peut s'ouvrir un chemin à travers le plus dur et le plus épais des os supposé sain auparavant. Autrefois on attribuait au pus une action corrosive destructive, et l'on se hâtait d'ouvrir les abcès formés à la surface des os dans la crainte qu'ils n'en déterminassent la carie, parce qu'en ouvrant ces abcès, on avait en effet souvent trouvé les os cariés. C'était surtout pour les abcès formés derrière l'oreille, que ce précepte était de rigueur. On sait aujourd'hui que ce n'est pas parce que l'apophyse mastoïde est très-spongieuse, que les abcès de cette région sont si souvent accompagnés de carie, mais parce que cet os est souvent carié à cause de ses

rapports avec la caisse du tympan. On a remarqué que la carie ne succédait pas aux phlegmons survenus accidentellement dans le même lieu. En observant avec attention, on s'est assuré qu'elle était la cause, et non l'effet de l'abcès. Quand on trouve une communication établie entre l'abcès et la caisse du tympan, on n'en conclut pas que c'est le pus qui s'est frayé un chemin pour y arriver.

Ensuite vous vous demanderez sans doute pourquoi l'on n'a jamais remarqué que le pus se fît jour à travers les autres os du crâne, plus minces, plus spongieux, et dont quelques-uns sont situés plus bas que lui, pourquoi même le conduit auditif interne, et les autres canaux qui font communiqner la caisse du tympan avec la cavité du crâne, ne sont presque jamais les voies par lesquelles le pus pénètre dans l'intérieur de l'oreille. M. Itard dit très-bien que c'est une chose *digne de remarque*, que cette direction constante du pus vers le rocher. Mais quelle est la cause de cette prédilection? N'est-il pas naturel de l'attribuer à ce que c'est la maladie de l'oreille qui détermine celle du cerveau ou de ses membranes? La succession des symptômes peut seule faire supposer une marche inverse; mais cette supposition s'accorde si peu avec tous les faits analogues, que, pour être admise, il faut qu'elle soit la seule qui puisse rendre compte des phénomènes observés pendant la vie.

Vous remarquerez aussi que l'otite aiguë simple

présente beaucoup de symptômes qui appartiennent aussi à l'encéphalite ; tels sont les suivans que j'emprunterai à la description même que M. Itard nous en a donnée (t. Ier, p. 172) : « hémicranie, *céphalalgie qui fait dire au malade qu'il a un dépôt dans la tête.* » Vous concevez combien ce dernier peut induire en erreur. « Perte du repos et du sommeil, pouls dur, fréquent et vite, fébrile ; yeux rouges, sensibles à une vive lumière, etc. (P. 173) : « La douleur se prolonge pendant *plus d'une semaine*, sans être suivie d'écoulement. Tout-à-coup une matière liée, mêlée de stries sanguinolentes, se fait jour au dehors par la rupture de la membrane du tympan, et coule *abondamment* sans avoir été précédée par aucun suintement séreux. »

Les contractions convulsives des muscles de la face, que M. Itard range parmi les symptômes d'encéphalite, appartiennent plutôt à l'otite aiguë à cause du nerf facial et du rameau tympanique qui participent facilement à l'inflammation. D'ailleurs dans les inflammations du cerveau et de ses membranes, les convulsions ne se bornent pas à la face. Je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer, et je ne sais pas si l'on a jamais noté la *tension ou l'empâtement œdémateux du cuir chevelu* dans les inflammations de l'intérieur du crâne, mais ce symptôme n'est pas rare dans les affections de l'oreille. *Le sentiment de constriction sur toute la sur-*

face des os du crâne ne s'observe guère que dans les *empâtemens* dont il est la conséquence. Telles sont les difficultés que présente le diagnostic de ces maladies à l'état aigu.

Mais si les symptômes indiqués par M. Itard sont si équivoques, que penser de ceux d'affection chronique qu'il regarde lui-même comme plus obscurs ? Qu'entend-il par une *congestion purulente formée lentement*, par la fonte de quelque *kyste* ou de quelqne tumeur squirreuse de la masse encéphalique ; et quelque sens qu'on donne à ces expressions, comment concevoir que ces maladies puissent produire la carie du rocher ? Au reste, c'est sur des faits que M. Itard se fonde : je vais examiner ceux qui paraissent l'avoir convaincu. Je dis qui paraissent, parce que les observations qu'il rapporte, n'ayant pas d'autre titre que celui d'otorrhée purulente symptomatique, et n'étant suivies d'aucune réflexion, il est difficile de savoir quelles sont celles qu'il regarde comme des exemples d'otorrhée *cérébrale primitive*.

Je ne parlerai pas de celles de Morgagni, que je vous ai rapportées plus haut (*voy*. n° 5). Vous pouvez voir jusqu'à quel point elles peuvent servir à appuyer son opinion.

N° 31.

Odontalgie, extraction pénible d'une dent, augmentation des accidens. Le douzième jour, otorrhée. Mort au bout d'un mois. — *Suppuration des cavités de l'oreille, destruction des nerfs facial et auditif, suppuration disséminée dans le cerveau, le cervelet et les ventricules.* (Itard, T. Ier, p. 254, Obs. 22.)

« Guillen Rozé, âgé de 22 ans étant attaqué, le 28 septembre 1764, d'une très-vive douleur de dent, pria de la lui arracher un chirurgien qui fut obligé de l'abandonner après sept ou huit reprises inutiles. Ces différentes tentatives augmentèrent la douleur. La fièvre survint; le malade, croyant que ces nouveaux accidens dépendaient d'une suite nécessaire de sa première douleur, fut trouver un chirurgien expert qui lui tira la dent avec facilité. Malgré cette opération, les accidens continuèrent; on appela alors le chirurgien de la maison, qui jugea à propos de saigner le malade au bras et au pied, et de lui donner une potion carthartico-émétique. Le 6 octobre, il fut porté à l'hôpital.

« Il avait le pouls plein et agité; ses idées ne répondaient pas au jugement qu'il aurait dû se former des choses. Il fut saigné du pied dans le moment, et prit une émulsion. Il est *inutile* pour notre objet de rendre compte de tous les symptômes qui ont accompagné cette maladie, et du traitement qui lui fut fait; il suffit de faire remarquer que, le

quatrième jour de son entrée à l'hôpital, qui était le douzième de sa maladie, il se manifesta un écoulement purulent par l'oreille droite, qui dura jusqu'au 4 novembre, jour de son décès. Voyons ce qui s'est passé à l'ouverture du cadavre.

» La dure-mère était extrêmement adhérente à la membrane arachnoïde par des *points blancs*, *ressemblant à des grains de millet*, principalement vers le *sinus longitudinal supérieur*, qui était à sec, ainsi que les sinus latéraux. Le cerveau, dépouillé de ses membranes, présentait, dans toute sa convexité, une quantité de petits tubercules remplis d'une matière purulente ; en coupant sa substance par tranches, on y apercevait *des sillons de même nature*. Le plexus choroïde, qui se trouve dans les ventricules supérieurs, était tout rempli de vésicules aussi purulentes. Le cervelet n'était point exempt de cette matière ; mais ce qui surprit le plus, ce fut de trouver la septième paire de nerfs du côté droit, tant la portion molle que la portion dure, tombée en suppuration et presque totalement détruite, et du pus amassé à l'entrée du conduit auditif. Pensant alors que celui qui était sorti par l'oreille pouvait venir du cerveau, on fit une dissection exacte de l'intérieur de cette oreille. Le canal vertical postérieur et l'horizontal étaient pleins d'une humeur purulente, ainsi que la rampe inférieure du limaçon et le vestibule. La membrane de la fenêtre ronde était détruite, de façon qu'il y avait

dans la caisse beaucoup de pus qui avait la liberté de sortir par dehors, au moyen d'une ouverture située au tympan. De la recherche de ces faits, on peut conclure *que le pus du cerveau*, parvenu vers la base du crâne, avait passé par le trou auditif interne ; de-là dans différentes parties du labyrinthe ; et qu'ayant détruit la membrane de la fenêtre ronde, il s'était fait jour dans la caisse, pour aller sortir au-dehors, en détruisant une partie du tympan. »

§ I. Le rapprochement de *ces faits* démontre-t-il en effet cette assertion ? Il est singulier qu'on ait regardé comme inutile de faire mention des symptômes observés avant ou après l'entrée du malade à l'hôpital. Il est beaucoup question d'accidens, mais on ne dit pas de quelle nature ils étaient. C'était cependant une donnée indispensable pour décider si la maladie avait commencé par le cerveau ou par l'oreille. Le douzième jour, il s'établit un écoulement purulent par le conduit auditif externe ; mais qu'est-ce qui prouve qu'il n'était pas le résultat d'une otite ? C'est, au contraire, ce qu'on est porté à croire, d'après les circonstances qui ont rapport à la douleur de dent et à son extraction. Le rameau tympanique, qui fait communiquer le ganglion sphéno-palatin avec le sous-maxillaire, ne peut-il pas avoir été lésé dans les efforts tentés pour arracher la dent, ou plutôt la douleur n'était-elle pas déjà l'effet de l'inflammation de ce nerf, puisque la soustraction de la dent n'a pas diminué les accidens ?

L'ouverture du cadavre, quoique très-détaillée, n'en est pas pour cela plus claire. Il est évident que les *points blancs*, ressemblant à des *grains de millet* qu'on a trouvés le long du sinus longitudinal supérieur, n'étaient autre chose que ce qu'on a appelé, fort improprement, les glandes de Pacchioni. Qu'est-ce que ces petits tubercules remplis d'une matière purulente, et ces sillons de *même nature* qu'on a trouvés dans le cerveau, et les vésicules également purulentes qu'on a trouvées dans les plexus choroïdes, et le cervelet qui n'était pas exempt de cette matière? Je ne vois rien là qui ressemble à un foyer purulent capable de fournir le pus qui sortait par l'oreille. Je n'y vois que de très-petits abcès disséminés dans la substance cérébrale, et il n'est pas dit qu'aucun d'eux communiquât avec le conduit auditif interne. Remarquez en outre que le malade n'est mort qu'au bout d'un mois, qu'on aurait dû par conséquent trouver un vaste abcès dans l'intérieur du crâne, si la suppuration avait commencé dans cette cavité. Il est bien plus probable que l'inflammation s'est propagée au nerf facial, confondu avec le rameau nerf tympanique, dans l'aqueduc de fallope, et ensuite au nerf auditif auquel il est accolé dans le conduit auditif interne, et enfin de-là au cerveau et au cervelet. Cette marche naturelle de la maladie explique, d'une manière toute simple, les différentes circonstances de cette observation.

§ II. L'observation 23, p. 256, est celle d'une jeune fille de 15 ans qui, ayant éprouvé un accident en cabriolet, eut, un mois après, des douleurs gravatives et lancinantes dans le côté droit de la tête, de l'insomnie, de la fièvre, un tiraillement douloureux dans l'œil droit et une surdité de l'oreille du même côté. Dans les efforts d'un éternuement violent, procuré par la poudre de St.-Ange, il sortit un jet de pus sanguinolent par cette oreille, qui procura un soulagement subit. Au bout de six semaines, la guérison était complète. Rien, dans cette observation, ne prouve que le cerveau ou ses membranes aient été affectés ni primitivement, ni même consécutivement, et je ne sais pas pourquoi M. Itard l'a intitulée *Otorrhée purulente symptomatique*.

N° 32.

Otite aiguë à droite; suivie d'otorrhée purulente. Vingt-un mois après, symptômes d'inflammation chronique du cerveau et de l'arachnoïde. — *Carie du rocher, baignée d'un pus très-fétide, destruction de la dure-mère sus-jacente, abcès enkysté plein d'un pus blanc et inodore.* (Itard, T. Ier, p. 258, Obs. 25.)

« Pierre Remy, infirmier à l'hôpital militaire de Paris, âgé de 60 ans, doué d'un tempérament bilieux, d'une constitution assez robuste, sujet, depuis l'âge de 40 ans, à des hémorroïdes qui fluaient le plus souvent en blanc, fut pris à la fin de germinal

an 7, d'un léger mal de gorge, qui se dissipa en trois jours, et contre lequel il n'employa que les astringens; peu de jours après, invasion presque subite d'une *douleur atroce dans l'oreille droite*, pour laquelle il employa, sans en retirer aucune espèce de soulagement, les injections anodines, les fumigations et les cataplasmes émolliens. Après *trois jours* de souffrances inexprimables qui ôtaient au patient le repos, le sommeil et l'appétit, sans néanmoins être accompagnées de surdité ni de beaucoup de fièvre, il s'établit tout-à-coup, par le conduit auditif, un écoulement sanguinolent et puriforme, qui pénétra en un instant les linges et les cataplasmes appliqués sur l'oreille, et continua à couler avec abondance après la levée de l'appareil. Le premier effet de cet événement fut la disparition presque complète de la douleur et de ce *sifflement* aigu dont elle avait été constamment accompagnée. La matière de l'écoulement, de sanguinolente et inodore qu'elle était, devint jaunâtre, fétide, puis blanchâtre, et peu copieuse; redevint ensuite jaunâtre et abondante pour diminuer de nouveau; variant ainsi pendant *vingt-un* mois, en couleur, en quantité et dans l'odeur qui s'en exhalait. Il arriva même plusieurs fois, dans cet intervalle de temps, qu'elle se supprima entièrement, et cette suppression était immédiatement suivie de céphalalgie, de douleur dans l'oreille et de fétidité du même côté.

» Dans le mois de frimaire de l'an 9, cet infirmier qui, à cette indisposition près, avait continué de jouir, du moins en apparence, d'une assez bonne santé, commença à maigrir et à perdre le sommeil et l'appétit. Hors d'état de continuer ses fonctions, il entra dans une salle de malades, le 17 frimaire an 9, présentant à l'observation les symptômes suivans : figure hâve et terreuse, œil terne, *froncement extraordinaire des sourcils, comme si le malade eût été incommodé par l'éclat d'un soleil ardent, fréquente apposition de ses mains sur les diverses régions de la tête*, *qui*, selon son expression, *pesait un quintal;* soupirs fréquens; nausées continuelles, bouche pâteuse; haleine singulièrement fétide; langue sale et couverte d'un limon jaunâtre; pouls petit, concentré, surtout du côté droit; surdité incomplète de l'oreille droite, d'où s'écoulait une matière purulente peu abondante, mais verdâtre, fétide, irritant vivement les différens points des tégumens qu'elle baignait. On prescrivit une potion émétisée qui fit rendre au malade, par le vomissement et par les selles, beaucoup de matières bilieuses, sans diminuer en proportion les nausées.

» Le lendemain, 18 frimaire, exacerbation de tous les symptômes, surtout de la *pesanteur de la tête*, que le malade laissait aller sur l'une ou l'autre épaule, lorsqu'il se trouvait obligé d'abandonner le chevet de son lit; *douleur sourde dans la même*

partie, douleur que le malade comparait à l'effet d'un serrement intérieur qui lui aurait *comprimé le cerveau*; *assoupissement profond pendant lequel l'œil gauche n'était qu'à moitié fermé*. Lorsque le malade quittait son lit pour aller à la garde-robe, *vertige*, augmentation des nausées et *du mal de tête*, selles bilieuses abondantes, dans lesquelles on trouva deux lombrics morts.

» Le 19 frimaire au matin, l'écoulement de l'oreille était totalement supprimé, et la *douleur de l'intérieur de la tête considérablement augmentée*. Par intervalle le malade tombait dans un *délire sourd* pendant lequel il promenait ses mains autour de sa tête comme pour en retirer un corps dont la présence l'eût incommodé. Dans les momens lucides, il ne répondait aux questions qu'on lui faisait qu'avec beaucoup de peine, et qu'après avoir en quelque sorte médité sa réponse. Le pouls était profond, irrégulier, accéléré, si concentré du côté droit, que l'on avait de la peine à le sentir; état satisfaisant de la langue et de l'abdomen; prescription de boissons émétisées, d'un vésicatoire à la nuque, et de vapeurs émollientes dirigées dans le conduit auditif.

» Du 20 au 24 frimaire, nul autre changement que la conversion de ce délire momentané à un *délire continuel* accompagné de *spasmes tétaniques*, pendant lesquels la figure de terne qu'elle était, prenait une teinte rouge foncé.

» Le 25, l'écoulement auriculaire reparut dans la soirée, se soutint abondamment jusqu'au lendemain matin, et disparut de nouveau. Il survint néanmoins un mieux sensible dans l'état du malade ; le délire tomba ainsi que les spasmes ; le pouls était plus élevé, surtout du côté gauche ; le facies plus avivé, la céphalalgie et la pesanteur de la tête plus supportables.

» Ce mieux inespéré se soutint jusqu'au 30, que le malade tomba presque tout-à-coup dans un état comateux, accompagné d'une respiration stertoreuse et de mouvemens convulsifs des muscles de la face, présages assurés de la mort qui arriva le même jour à dix heures du soir.

» Le cadavre fut porté à l'amphithéâtre, où j'en fis l'ouverture en présence du chirurgien-major de l'hôpital. Les cavités thorachiques et abdominales ne nous présentèrent rien de remarquable. En faisant l'examen de l'intérieur de la tête, nous remarquâmes que l'oreille malade, qui, depuis quelques jours, avait cessé de couler, se trouvait baignée dans une grande quantité de matière purulente. A l'ouverture du crâne, nous trouvâmes tous les sinus de la dure-mère gorgés de sang. Cette membrane, dans la partie qui recouvre la face inférieure de l'hémisphère droit du cerveau, était épaissie, adhérente en plusieurs points à la substance corticale, noirâtre, désorganisée, percée de plusieurs ouvertures dans l'endroit correspondant à la saillie

du rocher, dont elle était tout-à-fait détachée. Ces différentes ouvertures, groupées les unes près des autres, correspondaient à un foyer purulent ou plutôt à une espèce de cul-de-sac plus étroit dans le fond qu'à son ouverture, creusé dans la substance du cerveau.

» Les parois de cette poche étaient encroûtées d'une couche de matière blanchâtre qui, faisant corps avec la substance médullaire, paraissait lui devoir sa formation, et n'être qu'une couche fortement condensée de cette même substance. *Le pus que ce kyste contenait, était blanc et inodore; celui, au contraire, qui se trouvait amassé en petite quantité entre la dure-mère et le rocher, était horriblement fétide.* En portant nos recherches vers cet os, nous trouvâmes ses deux faces antérieure et postérieure dénudées, cariées, et sa substance convertie en une masse grenue et spongieuse, sans cependant que ce désordre eût nui à l'intégrité des nerfs de la septième paire, dont on voyait les deux portions pénétrer intactes dans le rocher. L'exploration de cette partie osseuse nous montra les cavités labyrinthiques pleines de pus, la caisse confondue avec le vestibule, et dépourvue de ses osselets : la membrane du tympan détruite, celle qui tapisse le conduit épaissie et fongueuse, et les cellules mastoïdiennes remplies d'un putrilage infect et brunâtre. »

§ I. Toutes les circonstances de cette observa-

tion, prouvent que la maladie a commencé par l'oreille : tous les symptômes de la première période sont ceux d'une otite aiguë terminée par une suppuration abondante qui s'ouvre une issue au dehors le troisième jour. A cette période succède une otorrhée purulente qui dure pendant vingt-un mois, fournissant un pus âcre, fétide, etc., c'est-à-dire, que l'affection des membranes de l'oreille s'étend aux os, que la carie fait des progrès et pénètre jusqu'à la dure-mère. Alors nous voyons arriver une autre série de symptômes qui sont ceux des inflammations chroniques du cerveau et de l'arachnoïde, l'écoulement de l'oreille se supprime, et les symptômes cérébraux augmentent ; il se rétablit, et il survient un soulagement inespéré. Ces alternatives dont nous avons expliqué la cause seraient plus favorables à l'opinion de Morgagni, qu'à celle de M. Itard. Mais ce qui prouve que malgré la communication qui existait à travers le rocher, malgré la coïncidence observée entre les variations des symptômes et celles de l'écoulement, ce qui prouve, dis-je, que le pus qui sortait par l'oreille pendant vingt-un mois ne venait pas de l'intérieur du crâne, et que le pus trouvé dans le crâne ne venait pas de l'oreille, c'est que celui qui était contenu dans le kyste était *blanc et inodore*, tandis que celui qui se trouvait sous la dure-mère était horriblement fétide. Cette circonstance est décisive.

§ II. Il est remarquable que, malgré cet épouvantable désordre, l'oreille n'a jamais été complétement sourde ; vous avez déjà vu plusieurs cas analogues, ils s'expliquent par la direction de la carie. Mais il est important de remarquer que la conservation de l'ouïe ne doit pas rassurer le médecin et faire porter un pronostic trop favorable.

§ III. Je ne vous rappellerai pas l'observation 25e rapportée par M. Itard (p. 266), dans laquelle il s'agit d'une otite aiguë produite par l'action subite d'un vent froid, dirigé sur l'oreille dans un moment où le corps était en sueur ; cette otite fut suivie de la carie du rocher, d'une partie du pariétal, du coronal et du temporal, de l'extraction de dix-neuf portions d'os, et enfin de la guérison presque complète du malade au bout de dix-sept mois. Je ne crois pas que M. Itard regarde cette observation comme un exemple d'otorrhée cérébrale primitive, ni même consécutive, quoiqu'il l'ait intitulée *otorrhée purulente symptomatique*.

L'obs. 26e est tirée de l'Histoire de l'Académie des sciences, 1784.

N° 33.

Ecoulement purulent par l'oreille *droite*, céphalalgie violente, symptômes de fièvre putride. — *Carie du rocher du côté droit, abcès enkysté dans la partie du cerveau correspondant, ramollissement de la substance environnante.*

« Une jeune fille, âgée de 18 à 20 ans, avait une fièvre continue, avec redoublement, accompagnée

de tous les symptômes qui caractérisent les fièvres putrides ; des vomissemens bilieux, vermineux ; la langue fort chargée ; le pouls grand et fréquent ; les urines troubles ; les déjections fétides. Ce qu'il y avait de particulier, c'était un écoulement de pus par le conduit de l'oreille droite, avec des douleurs de tête très-violentes. Cette espèce de suppuration avait commencé *long-temps avant* la fièvre, et l'on ignorait les symptômes qui auraient pu aider à en découvrir la cause, car lorsque la malade fut amenée dans l'hôpital, elle était si fort absorbée par la violence de la fièvre, qu'elle ne put jamais répondre à mes questions d'une manière satisfaisante.

» Elle mourut le 20 juin 1754. A l'ouverture de son cadavre, on enleva la calotte du crâne, en le sciant horizontalement et de façon à emporter la partie supérieure des os des tempes, à peu de distance de l'apophyse pierreuse. La scie avait déchiré la dure-mère du côté du temporal droit, et l'on fut surpris de voir, à travers l'ouverture de la dure-mère, que la substance du cerveau était *jaune*. Ayant enlevé la dure-mère, comme on examinait cette portion du cerveau, dont la *consistance* et la couleur n'étaient pas naturelles, on découvrit bientôt un corps étranger renfermé, vers cet endroit qui répondait au temporal, dans une lame du cerveau fort mince et *jaune*. Il fut mis tout-à-fait à découvert ; c'était un kyste oblong, cylindrique, du volume d'un gros œuf de poule, mollet comme serait à peu près une

vessie imparfaitement pleine. Ce corps était enveloppé sans adhérence, comme dans une boîte, par l'hémisphère droit du cerveau; inférieurement il occupait une partie du lobe moyen et une partie du postérieur, appuyait par une extrémité sur la tente du cervelet, et par l'autre sur l'apophyse pierreuse ; une lame fort mince du cerveau le séparait de la tente et du rocher, de même que du reste du temporal. Cette lame était d'un *jaune orange,* et toute la surface interne de la cavité, dans laquelle le kyste était enchâssé, était de la même couleur. Elle avait aussi *moins de consistance* que la substance du cerveau n'en a naturellement. Elle était comme *dissoute* sans être fluide : c'était cette portion du cerveau, ainsi corrompue, qui fournissait la matière de l'écoulement, comme nous allons le voir.

» Non-seulement il ne paraissait sur le kyste aucune ouverture par où l'humeur qu'il contenait pût sortir ; mais même, l'ayant pressé assez fortement, il n'en sortit rien, preuve que le pus qui coulait par l'oreille n'était pas fourni par ce kyste, mais par les parties du cerveau qui l'environnaient, et dont la suppuration était *occasionée* par la *compression* de ce corps étranger. On l'ouvrit avec un instrument, et on le trouva plein d'une liqueur, qui avait presque la consistance d'un pus épais ordinaire, mais d'un jaune foncé. La tunique avait environ une ligne d'épaisseur, et était composée de

deux lames. L'extérieure était une membrane lisse, polie et mince comme celle qui revêt le foie et les autres viscères, ou la tunique externe des intestins. La lame interne était épaisse, inégale, spongieuse, de couleur noirâtre comme du sang caillé.

» A la face interne du temporal, il y avait une carie dont l'étendue à la surface de l'os pouvait avoir environ dix lignes de diamètre ; elle occupait la partie inférieure postérieure de la portion écailleuse, et le commencement de la face supérieure du rocher, se portant jusque sur l'angle supérieur. Ce siége de la carie était le plus voisin de la partie corrompue du cerveau, et répondait à l'endroit de la dure-mère, qui avait été déchiré par la scie, ce qui empêcha de voir si elle était percée ou corrodée par le pus. Toute la face postérieure du rocher était saine, de même que le conduit auditif interne et le nerf auditif ; ce qui fait voir que le pus *qui venait du cerveau*, et qui sortait par l'oreille, ne passait pas par le conduit auditif interne.

» Dans l'enfoncement formé par la portion écailleuse et le rocher, où était le centre de la carie, elle avait fait un creux dont le diamètre était d'environ trois lignes, et la profondeur de deux lignes, situé presque perpendiculairement au-dessus de l'apophyse mastoïde, avec les cellules de laquelle il communiquait. Ayant séparé avec une scie l'apophyse mastoïde et une portion de la caisse du tambour du reste de l'os, je trouvai toutes les cel-

lules imbibées de pus et colorées de jaune. Je vis comment *le pus qui avait creusé l'os* jusqu'aux cellules se déchargeait dans la caisse et sortait par le conduit auditif externe, laissant intact le conduit interne et les autres organes de l'ouïe.

» Quelques jours avant la mort de la malade, le pus sortait aussi par le nez auquel il ne pouvait être porté que par la trompe d'Eustachi, sans doute lorsqu'elle était couchée sur le côté opposé à la maladie. »

§ I. Les détails minutieux dans lesquels M. Goutard est entré, sous le rapport des altérations pathologiques, font regretter qu'il n'ait pu se procurer aucun renseignement sur l'origine de la maladie, et surtout qu'il n'ait pas mieux décrit les symptômes qu'il a pu observer depuis l'entrée de la malade à l'hôpital ; mais il avait les yeux fascinés par l'idée de *fièvre putride*.....

Il est évident que le pus qui sortait par l'oreille ne venait pas du kyste, puisqu'il était entier et séparé du rocher par une lame de cerveau. Mais était-il fourni par cette même portion du cerveau, comme le prétend M. Goutard? Il dit bien qu'elle était comme *dissoute*, mais il ajoute qu'elle n'était pas *fluide*, ce qui exclut l'idée de suppuration. Bien plus, il n'est pas certain qu'il ait existé une communication de la caisse du tympan avec la cavité du crâne, car la scie avait déchiré la dure-mère placée entre la carie et la portion du cerveau malade, en sorte qu'on n'a pu savoir *si elle était percée ou corrodée par*

le pus; et malgré cet aveu de son incertitude, il ajoute un peu plus loin : *Le pus qui venait du cerveau et qui sortait par l'oreille ne passait pas par le conduit auditif interne.* Ainsi il ne sait pas si la dure-mère était altérée, il sait que le conduit auditif interne ne l'était pas, et il ne doute pas que le pus ne soit venu du cerveau.

En supposant qu'il existât un vaste foyer qui, du cerveau, communiquât avec la cavité du tympan, il resterait encore à démontrer que la maladie a commencé par le cerveau, et que le pus s'est ouvert une route à travers le rocher. C'est ce qu'on ne pourrait faire qu'à l'aide des symptômes, et ici il n'y faut pas penser. Enfin en admettant cette supposition, comment expliquer la formation de cet abcès enkysté vis-à-vis du rocher carié ? Comment le pus de ce premier abcès est-il resté sans influence sur la maladie de l'os (car il en était séparé par une lame de substance cérébrale) ; d'où vient l'altération qui environnait ce kyste ? Pourquoi l'os était-il déjà profondément altéré, lorsqu'à peine la substance cérébrale ramollie était en suppuration ?

§ II. Rien de plus facile à expliquer, au contraire, si vous admettez que la maladie a commencé par la caisse du tympan ; le voisinage de cette affection a produit une inflammation du cerveau qui s'est terminée par une suppuration autour de laquelle s'est organisé un kyste : nous en avons vu un assez grand nombre d'exemples. La carie s'est emparée de l'os, s'est

approchée de la dure-mère, l'a enflammée et a déterminé l'explosion d'une nouvelle inflammation de la substance cérébrale voisine, laquelle s'est étendue tout autour du kyste, corps étranger dans le cerveau, et a causé la mort avant que le pus ait eu le temps de se réuuir en foyer. C'est donc à cette dernière inflammation récente, aiguë, et non pas au kyste qu'il faut attribuer la plupart des phénomènes de la dernière maladie et la mort.

§ III. Quant aux vomissemens bilieux, à l'état de la langue, etc., je dois vous rappeler que les organes digestifs sont souvent péniblement affectés par la déglutition fréquente d'une petite quantité de pus, ou, pour mieux dire, de sanie qui arrive dans le pharynx par la trompe d'Eustachi. (Vous en verrez bientôt un exemple frappant.)

§ IV. Dans la 27e observation de M. Itard, il n'est question que de petites glandes *dures*, *rénitentes*, *comme squirreuses*, trouvées dans le cervelet; tout le reste de la cavité du crâne était dans l'état naturel; il n'est pas même question du rocher, et je ne comprends pas pourquoi M. Itard a appelé cette observation : *Otorrhée purulente symptomatique.*

La dernière qui porte ce titre, est celle de M. Leblanc, chirurgien à Orléans, consignée par lui-même dans le 17e volume de l'ancien Journal de Médecine. Quoiqu'elle soit fort intéressante, elle contient cependant des détails minutieux qu'il est inutile de conserver.

N° 34.

Céphalalgie, surdité, fièvre, contractions spasmodiques, insomnie pendant cinquante-six jours, soulagement subit après une irruption de pus par l'oreille gauche. Vingt jours après, écoulement par l'oreille droite, rechute, guérison complète au bout de deux ans.

M. Leblanc, étant à la Monnaie, avança par curiosité la tête au-dessus des moules dans lesquels un ouvrier versait de l'argent fondu, et se sentit frappé d'un coup violent, semblable à celui d'une commotion électrique, qui se fit sentir principalement dans l'intérieur de la tête, et se communiqua dans les bras et dans les jambes; il perdit connaissance et conserva une céphalalgie habituelle accompagnée de pesanteur. Le sixième jour, surdité complète. Au bout de huit jours, céphalalgie violente avec sentiment d'écartement des os du crâne; fièvre, dureté du pouls. Dans les sept jours suivans, onze saignées, tant au bras qu'à la jugulaire, au pied et à l'artère temporale; soulagement momentané. Jusqu'au quinzième jour, douleurs si violentes, surtout le soir, qu'elles déterminent, dans les muscles de la face et dans tous les membres, des contractions et des *roidissemens* involontaires accompagnés de besoin de déchirer, et suivis d'une faiblesse extrême; insomnie opiniâtre; soubresauts dans les poignets; pouls petit et con-

centré ; sentiment d'un poids énorme vers la suture sagittale du côté gauche.

Dans les quinze jours suivans, légère diminution de la douleur de tête, persistance des autres symptômes. Du trentième au cinquante-sixième, contractions plus fréquentes et plus violentes ; exaspération des douleurs rapportées à la dure-mère ; sentiment d'écartement entre les sutures, d'une sorte de *déchirement, ou plutôt de décollement intérieur*, *depuis la suture sagittale jusqu'à l'oreille gauche*.

Le siége de la douleur indiquait, suivant M. Leblanc, que le foyer de pus était sous le crâne, entre la dure-mère et le pariétal gauche, et qu'il n'y avait d'autre parti à prendre que d'appliquer une couronne de trépan, afin de donner issue à la matière.

Lecat, son ami, fut mandé en conséquence et arriva le quatrième jour ; mais, une heure auparavant, le malade qui, depuis cinquante-six jours, n'avait pas dormi, malgré tous les sommifères, s'assoupit pour la première fois pendant une demi-heure, et trouva à son réveil son coussin mouillé de pus qui sortait par l'oreille gauche, par un fil continu, comme d'une source, ce qui le soulagea beaucoup, et rendit l'opération inutile. Pendant quinze jours, l'écoulement fut considérable ; il sortait de *dix-huit à vingt* gouttes de pus par heure ; il évalue *à cinq onces* ce qui sortit dans les

huit premiers jours. Pendant six mois, l'écoulement se réduisit peu à peu de cinq à deux ou trois gouttes par jour, et ensuite à cinq ou trois gouttes par semaine. Le dixième jour de cet écoulement, le malade sentit au sommet de la tête dans l'intérieur, vers la suture sagittale une espèce de *mouvement douloureux*.

Il lui semblait qu'un liquide passait du côté gauche au côté droit, et descendait jusqu'à l'oreille ; le sommeil fut de nouveau interrompu ; mais il revint au bout de vingt jours, après l'écoulement de quelques gouttes de pus par l'oreille *droite*. En secouant la tête, il sentait, sous le pariétal gauche, une espèce d'ondulation, à peu près semblable à celle qu'on produit en secouant une fiole aux deux tiers pleine d'huile, et il avait un bourdonnement considérable dans les oreilles ; il en sortait de temps en temps un bruit qui a été plusieurs fois entendu par quelques-uns de ses confrères. Vers le quatre-vingt-dixième jour, l'ouïe commença à revenir, mais elle ne fut entièrement rétablie qu'au bout de deux ans. Le volume de la tête était tellement augmenté que M. Leblanc ne put mettre ni sa perruque ni son chapeau : celui qu'il fit faire avait cinq lignes de diamètre de plus que l'ancien ; ainsi la circonférence de la tête avait augmenté de quinze lignes, quoique l'ædème du cuir chevelu fût entièrement dissipé. Le pariétal gauche parut un peu plus élevé que le droit.

M. Leblanc fait observer qu'il a toujours conservé le jugement et la mémoire.

Dans sa convalescence, il se trouva bien des mouvemens de la voiture, qui facilitaient l'écoulement du pus, dégageaient la tête et diminuaient la fréquence des contractions spasmodiques des muscles de la face. Cependant, ayant été obligé de faire en hiver une course de douze lieues dans des chemins très-raboteux, il fut repris de douleurs aussi vives que la première fois. Quelques jours après, il parut une petite tumeur derrière l'oreille *gauche*, insensible au toucher, et paraissant formée par le gonflement du corps de l'os; elle devint douloureuse. On proposa de perforer l'os et de le cautériser pour donner issue à la matière; mais le malade avait été si bien servi par la nature une première fois, qu'il s'y refusa. Le pus sortit par l'oreille, et la tumeur se dissipa.

Plus tard l'écoulement cessa pendant deux mois; alors pesanteur et douleur de tête, malaise général, coryza, perte de l'odorat et de l'appétit, odeur de pus. Quelques jours après, pesanteur douloureuse de l'estomac, nausées fréquentes, après quelques tasses de thé, violens efforts de vomissemens, expulsion d'une grande quantité de matières purulentes, épaisses et d'une puanteur extrême, que le malade sentait descendre des fosses nasales dans le gosier et dans le nez. A dater de ce moment, disparition de tous les symptômes; retour

de l'odorat, de l'appétit, des forces et de l'embonpoint.

§ I. Cette observation, intéressante par les détails qu'elle renferme sur la cause et la marche de la maladie, nous offre en même temps un exemple de guérison dans un cas tout-à-fait désespéré. Mais cette othorrée était-elle, comme le prétend M. Itard, cérébrale primitive, ou, en d'autres termes, l'écoulement purulent des oreilles doit-il être attribué à une inflammation du cerveau ou de ses membranes, terminée par suppuration ? Le pus s'est-il frayé une voie à travers le rocher jusqu'à la cavité du tympan, etc. ? Si quelques circonstances isolées paraissent favorables à cette opinion, il suffit de les examiner dans leur ensemble, pour faire voir combien elle est invraisemblable.

M. Leblanc était déjà complétement sourd le sixième jour de la maladie, et ce n'est que deux jours après que la céphalalgie devint violente. La maladie a donc commencé par l'oreille. M. Leblanc n'a jamais perdu la mémoire ni le jugement ; il n'a existé ni somnolence ni coma : les convulsions avaient un caractère particulier ; elles étaient produites, comme le dit le malade lui-même, par l'excès de la douleur, et accompagnées d'envie de déchirer : elles finirent par être bornées à la face, ce qui me ferait croire qu'elles étaient dues à l'affection du nerf facial renfermé dans l'aqueduc de fallope.

Il est vrai que la grande quantité de pus qui

sortit par l'oreille fut très-considérable ; mais les otites simples n'en fournissent-elles pas quelquefois autant? D'ailleurs, je ne prétends pas que l'inflammation ait été bornée à l'oreille ; je dis seulement que le pus qui est sorti par cet organe ne s'est pas fait jour à travers le rocher, après s'être formé dans le cerveau.

Je ne puis pas concevoir que deux abcès se soient formés dans l'intérieur du crâne sans que le malade ait perdu connaissance, ait été paralysé, dans un état comateux, etc., et que ces deux abcès se soient ouverts, l'un dans l'oreille droite, l'autre dans l'oreille gauche. Je conçois encore plus difficilement qu'il n'ait existé qu'un seul abcès assez vaste pour communiquer d'une oreille à l'autre.

Si, ayant égard à la quantité de pus sortie par chaque oreille, vous pensiez que celui qui s'est écoulé en si grande quantité par la droite, venait du cerveau, tandis que l'autre était fourni par la seule cavité du tympan, je vous ferais observer que les deux maladies ont commencé en même temps ; que dès le sixième jour la surdité avait affecté les deux oreilles. Enfin je vous demanderais pourquoi, du côté droit, la maladie n'aurait pas commencé par l'oreille, tandis que du côté gauche l'oreille seule aurait été malade.

§ II. Telles sont les observations qui paraissent les plus favorables à l'opinion d'Avicenne, de Laubius et de Bonet, adoptée par M. Itard. Vous pouvez

maintenant l'apprécier à sa juste valeur ; il serait, je crois, inutile de la discuter.

Je ne puis m'empêcher de vous rapporter ici un fait intéressant, qui n'a plus de rapport aux opinions que nous venons d'examiner, mais qui se rattache à l'histoire des maladies du rocher et du cerveau.

N° 35.

Coup à la tempe gauche, céphalalgie habituelle. Au bout de neuf mois, délire, agitation. Dix-neuvième jour, faiblesse du bras droit, diminution de la sensibilité. Mort le vingt-deuxième. — *Exsudation couenneuse à la surface de l'arachnoïde, épanchement dans les ventricules, kyste rempli de sang dans l'hémisphère gauche du cervelet, substance cérébrale environnante jaune-verdâtre, carie du rocher sous-jacent.*

Prévot Joseph, chargeur, âgé de 40 ans, d'une constitution athlétique, reçut un coup violent, qui porta, dit-on, sur la joue droite et le bras droit. Traité à Saint-Louis et promptement guéri, il reprit ses rudes travaux, sans éprouver le moindre dérangement apparent dans sa santé, jusqu'à ce que, neuf mois après, il ressentit sans cause connue une vive céphalalgie frontale, suivie de délire : il fut saigné une fois, prit l'émétique, et fut transporté au bout de 15 jours (17 juillet 1817) à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 2.

Délire violent, loquacité incohérente, voix éclatante, agitation extrême, efforts considérables pour rompre les entraves qui l'assujettissaient ; face rouge

animée, conjonctives injectées, langue sèche et rugueuse à son centre, humide sur les bords, ni rouge ni pâle, peau chaude sans être sèche, pouls dur sans fréquence, ventre dur et contracté, mais paraissant insensible à la plus forte pression; réponses quelquefois justes et raisonnables : par exemple, il répéta plusieurs fois qu'il avait reçu un coup à la tempe *gauche*, qu'il avait conservé depuis lors une vive douleur vers la tempe droite, qui augmentait quand il faisait de grands efforts, ou qu'il se couchait sur le côté gauche; cependant les tégumens du crâne n'étaient pas douloureux (saignée de trois poêlettes), nuit agitée.

Le 18 juillet (environ dix-huitième jour de la maladie), augmentation du délire; du reste, mêmes symptômes. (24 sang. aux tempes et derrière les oreilles, saignées du pied de 3 poêlettes; foment. émoll. sur le ventre, lavement frais, sérum, diète.) A 4 heures du soir, assoupissement profond, pouls rare; à 5, retour du délire, de l'agitation, etc., qui se calment dans la nuit.

Le 19, sommeil profond, ouïe dure, peau presque insensible, membres flasques, obéissant à leur propre poids, face assez colorée, mais froide et grippée; pouls *rare*. Le malade, fortement secoué, se réveille, après avoir long-temps bâillé, ne se plaint que de beaucoup d'appétit, et boit avec avidité. Face plus naturelle, pouls moins lent, bras gauche sensible et mobile, bras *droit* très-faible,

vacillant et incertain dans ses mouvemens, réponses assez justes. (Saignée de 3 poêlettes, foment. émol.) Le soir, amélioration des fonctions intellectuelles, mais parole plus embarrassée, ouïe plus dure; diminution de la sensibilité du bras *droit*; peau fraîche, pouls naturel.

Le 20, face amaigrie, air étonné, stupide et indifférent, ouïe plus dure; du reste, même état du pouls, de la peau, etc. (saignée de deux poêlettes, 18 sangsues à la tempe et derrière l'oreille droite, lavement frais, serum.)

Le 21, même état, prescription absolument la même. Le soir, le pouls est plus facile à déprimer mais toujours aussi rare.

Le 22, nul changement à la visite du matin, mais dans la journée il survint un vomissement de matières blanchâtres, semblables à du pus. (Serum, lavement frais, pédiluves tièdes, vermicelle et bouillie.)

Le 23, peau très-chaude, sèche, pouls dur et fréquent, battemens du cœur désordonnés, étendus jusqu'à l'épigastre; respiration *bruyante, accélérée*, expectoration abondante d'une matière blanchâtre semblable à celle qui a été vomie la veille, haleine fétide, voix sourde et voilée, poitrine sonore; même état de l'intelligence, des sens et du bras *droit*. Nulle céphalalgie, nul assoupissement, abdomen souple, insensible à la plus forte pression. (6 sang. vers les apophyses mastoïdes,

12 à l'épigastre, saignée de deux poël., eau de gomme, lav. frais, foment. à l'épigastre). Mort à 3 heures après midi dans le coma le plus profond et l'insensibilité la plus complète.

Examen du cadavre, quarante heures après la mort : maigreur assez prononcée, membres roides, tendus, peau de couleur naturelle.

Æsophage rempli d'une matière blanchâtre, analogue à celle qui avait été vomie et expectorée, membrane muqueuse pâle.

Estomac mou, membrane muqueuse parsemée de quelques plaques et stries rougeâtres; *intestins* remplis de matières liquides, saburrales, jaunâtres, membrane muqueuse saine. *Foie* peu consistant, vésicule pleine d'un liquide brun aqueux; *rate* petite.

Thorax. *Poumon* gauche, adhérent aux côtes par du tissu cellulaire, du reste, sain et crépitant ainsi que le droit. *Bronches* pâles, *cœur* pâle et mou, facile à déchirer. Un peu de sérosité sanguinolente dans le péricarpe.

Aorte dans quelques points, d'un rouge très-foncé.

Téte. Adhérence couenneuse, comme gélatineuse, entre l'arachnoïde qui tapisse la dure-mère, et celle qui recouvre le cerveau; elle se détache à mesure qu'on soulève la dure-mère; arachnoïde injectée. *Ventricules latéraux* dilatés, d'une capacité double de celle qui leur est ordinaire, contenant cependant

peu de sérosité ; arachnoïde qui les tapisse épaissie, celle du ventricule du cervelet, couverte de granulations ; septum lucidum plus épais, tissu du cerveau sain. A la partie inférieure et postérieure du lobe gauche du *cervelet*, entre la pie-mère et l'arachnoïde, tumeur du volume d'un petit œuf, aplatie transversalement, logée dans un espace à peu près triangulaire, situé entre la protubérance annulaire et le prolongement postérieur du cervelet. Substance cérébrale environnante *d'un jaune verdâtre*, facile à séparer du kyste. A l'intérieur de ce kyste, plusieurs grumeaux d'un sang épais décomposé, dont quelques-uns du volume d'une cerise. Au-dessous du kyste, carie de la face postérieure du rocher ; destruction d'une partie de cet os et du conduit auditif interne (1).

§ I. C'était du côté gauche qu'existaient la carie et le kyste, ce qui rend probable le récit du malade qui, au milieu de son délire, répéta plusieurs fois que le coup qu'il avait reçu avait porté sur la tempe gauche ; mais on peut douter que ce soit

(1) Je dois une partie des détails les plus circonstanciés de cette observation aux notes que le docteur Deslandes recueillait plusieurs fois par jour au lit du malade, et qu'il eut la bonté de me communiquer ; elles m'ont éclairé sur plusieurs points, auxquels je n'avais pas attaché assez d'importance, et m'ont convaincu de plus en plus de la nécessité de tenir compte de toutes les données du problème jusqu'à ce qu'on en ait la solution.

dans la région temporale droite qu'ait été fixée la douleur qu'il a ressentie depuis l'accident. Peut-être qu'il s'est mal expliqué ou qu'on l'a mal compris. Ce qui est plus certain et plus important à noter, c'est que loin de jouir, comme on le pensait, d'une santé parfaite, il n'a cessé d'éprouver, pendant neuf mois, des symptômes qui auraient pu faire soupçonner une maladie chronique des os du crâne ou des organes contenus dans sa cavité.

§ II. La carie du rocher paraît avoir été déterminée par quelque fracture de cet os, et l'épanchement de sang a sans doute été produit en même temps et par la même cause que la fracture. Un kyste s'est organisé autour du sang comme autour du pus ; la substance cérébrale s'est accoutumée à la présence de ce corps étranger, et a repris ses fonctions comme dans les cas d'abcès enkystés.

Pendant ce temps, la carie a fait des progrès, a détruit le conduit auditif interne et une grande partie du rocher. Cependant il n'est pas question d'écoulement purulent par le conduit auditif externe ; par où donc s'écoulait le pus fourni par la carie ? Par la trompe d'Eustachi, comme le prouve le reste de l'observation. Mais la carie s'étant étendue jusque sous la dure-mère, il en résulta une inflammation de cette membrane et de l'arachnoïde. C'est à cette dernière qu'il faut attribuer les symptômes observés pendant les dix-huit premiers jours. Elle a laissé à la surface des hémisphères une exsudation

couenneuse comme *gélatineuse*, et dans les ventricules, sinon beaucoup de sérosité, du moins une augmentation considérable de leur capacité, un épaississement de l'arachnoïde, des granulations à sa surface, altérations qui coïncident avec les premiers symptômes.

§ III. Le dix-neuvième jour de la maladie, on remarqua un commencement de paralysie du bras droit, qui augmenta le lendemain, et le malade mourut trois jours après. Ce nouveau symptôme doit être attribué à l'inflammation de l'hémisphère gauche du cervelet et de la partie correspondante de la protubérance cérébrale, puisque la substance cérébrale qui environnait le kyste était d'un *jaune verdâtre*. Cette partie, comme vous devez l'avoir remarqué, reposait sur la carie. Ce cas est donc encore un exemple de l'influence de la maladie du rocher sur les organes contenus dans la cavité du crâne. Il ne diffère de la plupart des précédens que par la cause de la carie et la nature de l'épanchement autour duquel s'est organisé le kyste.

§ IV. Comment expliquer les vomissemens de matière *blanchâtre* et *purulente*, qui survinrent tout-à-coup le vingt-deuxième jour, et l'expectoration abondante de matière semblable qui eut lieu le lendemain ? Ce problème fit naître, dans le temps, bien des discussions parmi les nombreux élèves qui suivaient la clinique de M. Récamier : quelques-uns, se fondant sur les *plaques* ou *stries rougeâtres*

trouvées à la surface de la membrane muqueuse de l'estomac, crurent pouvoir tout expliquer en admettant une inflammation de cet organe ; mais une gastrite ne produit pas du pus. D'ailleurs ce n'est que le lendemain de ce vomissement extraordinaire qu'on observa, pour la première fois, des symptômes de gastrite. Jusqu'à cette époque, le pouls avait toujours été lent et rare. La peau n'avait jamais été sèche et brûlante, ni la langue rouge, ni le ventre douloureux. D'un autre côté, on n'avait pas trouvé de cette matière purulente dans l'estomac, et la membrane muqueuse de l'œsophage, qui en était couverte, était pâle. Enfin celle des bronches était aussi parfaitement saine, quoique le malade en ait aussi rendu par expectoration. D'après ces considérations, on s'arrêta généralement à l'idée que le pus avait été exhalé par les membranes muqueuses sans inflammation préalable, à la manière des mucosités.

Vous trouverez sans doute bien singulier qu'on ait eu recours à une supposition aussi extraordinaire pour expliquer un phénomène aussi simple. Vous vous rappelez les observations que je vous ai citées (n. 19, § II et III), dans lesquelles, la membrane muqueuse du tympan étant intacte, la suppuration passait par la trompe gutturale. Vous venez de voir que M. Leblanc vomit une grande quantité de pus qu'il avait avalé, etc. ; et je n'ai pas besoin de vous dire que cette matière purulente

venait de l'oreille, que le malade, au lieu de la cracher, l'a avalée. Vous concevez que c'est la présence de cette sanie qui a produit les symptômes de gastrite; que le lendemain le malade étant presque à l'agonie, une partie de cette sanie s'introduisit dans le larynx; de-là expectoration, gêne de la respiration, menace de suffocation, et par suite trouble proportionné dans la circulation; changement de la voix, fétidité de l'haleine. Cela vous explique aussi pourquoi l'on a trouvé du pus dans l'œsophage, quoiqu'il n'en existât pas dans l'estomac.

Je terminerai par quelques observations de carie de l'éthmoïde et du sphénoïde, qui ont avec les précédentes la plus grande analogie.

N° 36.

Céphalalgie, suppuration sanieuse par la narine gauche, expulsion de portions d'os cariés, hémiplégie à gauche. — *Perforation du crâne au-devant de la selle turcique, suppuration à la base du crâne.* (G. Frank, Ephem. german. decur. II. an VI.)

Jean-Chr. Otto, âgé de 26 ans, d'un tempérament mélancolique, éprouva pendant plusieurs années dans la tête, et surtout dans le nez, un embarras, accompagné d'une douleur vive qui s'étendait vers la tempe droite, et une difficulté dans le passage de l'air par la narine du même côté. Ensuite il s'écoula par la narine gauche une matière sanieuse mêlée de sang, en sorte que cela ressemblait beaucoup à un

ozène avec tumeur à la racine du nez. Neuf mois après, ayant éprouvé de la douleur et rendu de la matière purulente, il éternua comme pour débarrasser les narines, et rendit un petit os sous forme de lamelle. Cependant la douleur de tête et la tumeur du nez persistèrent : ensuite il sortit, par la narine gauche, une matière sanieuse, quelquefois sanguinolente. Le malade perdit l'odorat; sa voix s'altéra. Deux mois après, il sortit encore par les narines un petit os poreux, comme carié, et de la sanie sanguinolente. (Décoction de plantes vulnéraires inspirée par les narines). Enfin, son bonnet étant tombé à l'église, il voulut le ramasser avec sa main gauche, mais il ne put y parvenir, à cause de la paralysie du côté gauche, à laquelle participaient l'œil, la joue et la bouche, ce qui fit porter à Frank le pronostic le plus fâcheux ; en effet, la paralysie fit des progrès, et le malade mourut au bout de quelques jours, après avoir éprouvé des mouvemens convulsifs des muscles de la face.

La partie supérieure du cerveau était en assez bon état ; mais on trouva, dans les ventricules latéraux, une matière ichoreuse épaisse qui avait gagné le troisième ventricule. En avant de la selle turcique, immédiatement sous l'entrecroisement des nerfs optiques, vers l'origine de la moelle épinière, il y avait un trou au crâne de l'étendue d'une aveline, plein d'une matière épaisse et purulente,

contenue dans une membrane propre ; ce trou transmettait dans le nez la matière à mesure qu'elle se formait. La substance médullaire du cervelet en était enveloppée.

§ I. Vous voyez ici la même série de phénomènes que dans des affections de l'oreille. Il est probable que la maladie a commencé par les sinus sphénoïdaux, puisque la perforation de la base du crâne existait au-devant de la selle turcique. Les sinus frontaux y ont probablement participé, puisque le nez était gonflé vers sa base ; mais on ne s'est pas donné la peine d'y regarder. Cette carie du sphénoïde a produit l'inflammation de la dure-mère qui s'est perforée ; cette inflammation a été partagée par l'arachnoïde et par le cerveau sus-jacent : de-là l'hémiplégie.

La membrane propre, dans laquelle on trouva de la sanie purulente, était peut-être un kyste semblable à ceux que nous avons vus, formant dans le cerveau un sac dont l'ouverture communiquait avec la carie du rocher ; mais la description est si obscure, qu'il n'est pas possible de l'affirmer.

§ II. J'ai vu, dans les salles de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu une vieille femme à laquelle M. Dupuytren avait pratiqué la ligature d'un très-gros polype qu'elle avait dans les fosses nasales. Deux ou trois jours après, elle eut du délire, des mouvemens convulsifs, puis de l'assoupissement. Le polype étant tombé et la maladie nouvelle offrant tous les

caractères d'une fièvre *ataxique*, on ne crut pouvoir mieux faire que d'envoyer la malade à M. Récamier; mais elle était déjà dans un état comateux dont rien ne put la tirer; elle succomba sept à huit jours après. Nous trouvâmes que le polype avait sa racine dans les sinus frontaux; elle était comme pourrie; les sinus étaient pleins de matière puriforme. La dure-mère correspondante était décollée, rouge, facile à déchirer et recouverte de pus, ainsi que toute la base du crâne; plusieurs points de la partie inférieure des hémisphères étaient injectés, violacés et ramollis. J'ai vu des accidens analogues à la suite de l'extraction d'un polype dont la base se dirigeait vers la voûte des fosses nasales; mais le malade n'est pas mort. Peut-être serait-il prudent de ne jamais opérer les polypes volumineux qui se dirigent vers la base du crâne.

Jean Albrecht rapporte (Acad. méd. T. VII. p. 13) l'observation suivante qui a beaucoup d'analogie avec celle de Christophe Otto; mais elle est incomplète.

N° 37.

Céphalalgie ancienne, fièvre aiguë, délire, coma, convulsions, irruption par les narines d'une très grande quantité de pus. Mort.

Une jeune personne de 12 ans se plaignait depuis plus d'une année d'un violent mal de tête.

Tout-à-coup elle eut une fièvre qui augmenta rapidement, ainsi que la douleur de tête. Il survint un délire violent qui, le cinquième jour, dégénéra en une profonde léthargie. La malade ne parlait plus, n'ouvrait plus les yeux ; seulement elle sentait les piqûres qu'on lui faisait. Le dixième jour, elle fut agitée de mouvemens spasmodiques de tout le corps ; après quoi, il sortit avec impétuosité par les narines plusieurs livres d'un pus très-blanc. Elle en rendait environ une once à chaque expiration : ce pus était mêlé de quelques particules d'une matière qui ressemblait à la substance du cerveau tombée en colliquation. La malade mourut pendant cette évacuation qui continua encore quelques heures après la mort.

§ I. Le mal de tête, dont se plaignait cette jeune personne depuis plus d'une année, était très-probablement, comme chez Otto, le résultat de quelque carie de la base du crâne. L'inflammation aiguë du cerveau et de l'arachnoïde, qui en a été la suite, a produit le délire, la léthargie et les convulsions. Il est fâcheux qu'on n'ait pas fait l'ouverture du cadavre; mais vous pouvez maintenant très-bien vous faire une idée des altérations qu'on aurait rencontrées.

§ II. A la suite de cette observation, on trouve ce qui suit :

« Wedée atteste avoir vu de la substance du cerveau, comme dissoute, sortir par les narines dans les nouveaux-nés épileptiques.

« Henri de Heers et quatre autres médecins ont vu aussi une dame, dans un violent accès d'épilepsie, rendre par la narine droite le processus mamillaire avec une portion considérable du cerveau. »

N° 38.

Douleur au front, fièvre, délire, convulsions, léthargie, éternuement provoqué, irruption de pus par les narines, guérison.

Morgagni, dans sa lettre sixième, n° 5, en parlant d'une observation de léthargie rapportée par Bonet, ajoute :

« Cela me rappelle un fait que m'a conté un médecin que j'ai coutume de louer à juste titre; je veux parler d'Albertini (H.-F.).

» Un curé de campagne, étant resté long-temps exposé au soleil, eut une violente fièvre *double tierce continue*, suivie de délire, de convulsions et de léthargie, et devint si malade qu'il fut abandonné des médecins. Le quatorzième jour, on croyait qu'il allait périr, lorsqu'après une abondante évacuation d'urine et des sueurs copieuses, il fut le jour même presque entièrement délivré de la fièvre. Cependant, comme il restait dans un état léthargique, Albertini voyant que la maladie générale avait cédé, mais non celle qui avait son siége dans le lieu particulier dans lequel il soupçonnait qu'un abcès s'était formé, parce qu'il savait depuis

long-temps que la maladie avait commencé par une douleur au front, il osa, ce sont ses propres expressions, tenter la rupture de cet abcès, en plaçant, sous les narines du malade, de la poudre de tabac, et en lui criant de l'attirer en haut, ce qui, ayant été exécuté, détermina une secousse d'éternuement suivie de l'irruption par le nez d'une quantité abondante de pus sanguinolent. Le malade fut débarrassé par cette voie, et déjà le vingt-unième jour, il se portait bien, si ce n'est qu'il était sujet à des vertiges, à des sifflemens dans les oreilles, et à d'autres incommodités de ce genre qui durèrent pendant quelques années.

§ I. La douleur du front, qui existait depuis long-temps, et l'évacuation du pus par le nez indiquent assez que l'inflammation aiguë qui a produit l'abcès, et les symptômes rapportés par Albertini, avaient été déterminés par quelque carie de la voûte des fosses nasales : ce cas est tout-à-fait semblable à celui d'Otto et de même nature que ceux de carie du rocher.

Quant à l'effet du sternutatoire, il serait bien possible qu'Albertini ait un peu brodé son histoire, en la racontant à Morgagni : il passait parmi ses collègues pour avoir beaucoup de savoir-faire. Cependant on pourrait en essayer; dans une circonstance semblable, vous avez vu que le même moyen avait déterminé la rupture de la membrane du tympan dans un cas d'otite terminé par suppuration. (*V*. Obs. 31, § II.)

§ II. Dodoens (Observ. médic. T. VII) rapporte une observation qui paraît de même nature que les précédentes. La malade, dont il parle, se plaignait de maux de tête ; elle avait une envie de dormir insurmontable ; la fièvre survint; le coma augmenta. Dodoens, appelé à la fin de la maladie, prescrivit des saignées, des ventouses, etc. ; mais la malade mourut peu de temps après. Il trouva à la partie antérieure du cerveau un abcès dont le pus était adhérent à la surface des os du crâne ; il en était sorti par les narines un peu avant la mort.

§ III. Vous voyez que cette observation, comme presque toutes celles qu'on trouve dans les anciens, manque des détails les plus importans. On ne sait rien sur ce qui a précédé la maladie du cerveau ; on ne dit pas comment le pus avait passé dans les fosses nasales. Nous en sommes réduits aux conjectures ; mais il est probable que dans ce cas-ci, comme dans les précédens, c'est la carie de quelqu'un des os qui forment la voûte des fosses nasales, qui a donné lieu à l'inflammation du cerveau.

§ IV. Je ferai absolument les mêmes réflexions, au sujet d'une observation tout-à-fait semblable, que vous trouverez dans Bonet (L. Ire, V et III. Obs. 31). Il s'agit d'un enfant mort le quatorzième jour dans un état soporeux, sans fièvre. On trouva au-dessus de l'orbite du côté gauche, dans la substance cérébrale, près des nerfs optiques, la cavité d'un abcès, vide, et de la capacité d'une châtaigne

(pendant qu'on sciait le crâne, le pus s'était écoulé par les narines). En examinant le cerveau, on fit sortir des ventricules une demi-livre de sérosité claire.

Ainsi l'on n'eut pas la curiosité de chercher par où le pus avait passé du crâne dans les narines; c'est pousser loin l'incurie. J'ai dû cependant vous faire connaître ces observations, parce qu'on les a citées et qu'on pourrait les citer encore pour prouver que des abcès, formés dans la cavité du crâne, peuvent se faire jour à travers l'un des os qui forment la voûte des fosses nasales, *sain auparavant,* pour se vider par le nez; tandis que, dans toutes les observations un peu détaillées que je vous ai rapportées, il a été évident que la maladie avait commencé par les os. Ceci confirme d'autant mieux ce que je vous ai dit au sujet des otorrhées *cérébrales primitives*, qu'il y a une plus grande différence entre le rocher et la lame criblée de l'ethmoïde, ou le feuillet extrêmement mince qui recouvre les sinus sphénoïdaux, pour l'épaisseur et pour la densité; car, si les abcès, qui se vident à travers ces derniers, ont toujours été précédés de carie, que faut-il penser de ceux qu'on suppose avoir détruit le rocher?

§ V. Je me propose de vous rapporter quelques autres observations de carie du crâne, suivies d'inflammation de la dure-mère et de l'arachnoïde. Il résulte des observations d'abcès enkystés, que je

vous ai données dans cette Lettre et dans la précédente, qu'à la suite des suppurations du cerveau, lorsque le malade survit assez long-temps, un kyste s'organise autour du pus, comme il s'en forme autour de tous les corps étrangers qui séjournent dans les tissus vivans, autour des caillots de sang, par exemple, dans les hémorragies cérébrales, autour des balles et des portions d'os enfoncées dans le cerveau (1).

---

(1) Vous en trouverez un exemple remarquable dans le Bulletin de la Société de l'Ecole de Médecine de Paris, décembre 1810, nº 10. Il s'agit d'un militaire qui reçut au front un coup de feu, à la suite duquel il conserva une fistule qui se ferma et se rouvrit plusieurs fois. Au bout de dix-huit mois, céphalalgie, morosité, sensibilité de la peau du crâne, diminution des forces, violent accès d'épilepsie, mort subite. A l'ouverture du cadavre, M. Langlet trouva le lobe antérieur droit presque entièrement converti en pus; au milieu du foyer une balle aplatie sur un côté déchiré sur son bord, pesant environ sept gros, entourée d'une sorte de bourse membraneuse, ayant une pédicule d'un pouce de longueur, qui adhérait intimement à la méninge, à l'endroit de la fistule. Une chose qui m'a frappé dans presque toutes les observations analogues que j'ai lues, c'est que les malades, guéris en apparence depuis un temps fort long, après avoir éprouvé quelques légers maux de tête, sont morts tout-à-coup et presque toujours au milieu de convulsions semblables à celles d'un accès d'épilepsie. V. dans l'ancien Journal de Médecine, 1764, T. XX, p. 553, une observation de M. Volaire sur une moitié de balle restée dans le cerveau pendant deux ans sans causer d'accidens, suivie de mort subite, etc.; dans les Mélanges de Schmucker (Chir. Bibl. 4. B. p. 33), une observation de M. Rambour sur une balle perdue dans le cerveau pendant quatre mois; santé parfaite, tout-

Vous concevez que l'époque à laquelle les premiers élémens d'un kyste commencent à s'organiser sur les parois du foyer, doit varier suivant la marche plus ou moins rapide de l'inflammation. Mais vous devez avoir remarqué que les inflammations chroniques produisent souvent des altérations profondes du cerveau, avant que rien ait pu faire soupçonner leur existence. Par exemple, le malade du n° 14, mort le neuvième jour d'une inflammation aiguë et accidentelle du cerveau, offrit en même temps des traces d'une inflammation récente et un abcès enkysté, qui n'avait certainement pas pu s'organiser dans un si court espace de temps.

Il est probable aussi que l'âge et le tempérament influent sur la promptitude et la facilité du développement des kystes. Cependant, dans les observations où les symptômes ont été recueillis avec soin et les altérations décrites avec exactitude, nous avons trouvé un rapport assez constant entre la durée

---

à-coup espèce de léthargie, mort au milieu des convulsions, balle logée dans la substance médullaire, demi-pouce au-dessus de la partie antérieure du ventricule gauche; dans Phil. Salmulth (Cent. I. Obs. 53), une portion de la lame interne du crâne enfoncée dans le cerveau : au bout de neuf semaines, douleur au front, accès d'épilepsie, mort subite, suppuration de tout l'hémisphère. Voyez aussi dans Baillou (Épid. et Éphém. L. II. f. 251), l'observation de M. Villeneuve; et dans Bonet (L. 4, 5, 3. Obs. 8. § 6) une observation semblable communiquée par Samuel Coster.

de la maladie et le degré d'organisation du kyste.

Dans un cas (n° 1), la mort étant survenue treize jours après l'apparition des premiers symptômes, les parois du foyer étaient déjà tapissées par une membrane molle et comme vasculaire (n° 8). Chez un autre, au bout de dix-huit jours, dans un autre cas, on a trouvé la même altération (n° 21). Au bout de trente-sept jours le kyste était blanc, assez facile à déchirer, et ressemblait à du pus concret. Au bout de cinquante ou cinquante-trois jours (nos 22 et 23 L. troisième), la membrane était molle et vasculaire, plus distincte, mais pas encore assez résistante pour pouvoir être enlevée et disséquée exactement. Un peu plus tard, la membrane encore mince était d'un rouge grisâtre, douce et lisse au toucher; mise dans l'eau elle parut à sa surface interne comme villeuse, hérissée de filamens tomenteux (n° 2). Au bout de deux mois, le kyste formait un corps lisse, parfaitement circonscrit, formé à l'extérieur de plusieurs couches de tissu cellulaire, semblables à autant de membranes minces, superposées, offrant à l'intérieur un aspect muqueux semblable à celui des anciens abcès par congestion (n° 4). Au bout de trois mois, le sac plus vasculaire avait une texture plus dense, une épaisseur plus considérable (n° 3). Enfin après plusieurs années, on l'a trouvé formé à l'extérieur de plusieurs feuillets celluleux, au centre d'un tissu dense et serré, épais, ayant l'apparence des membranes fibreuses, et à l'intérieur d'une

membrane qui offrait tous les caractères des membranes muqueuses enflammées (nos 5 et 6).

Dans les autres observations, les altérations, moins bien décrites, se rapprochent cependant assez exactement de quelqu'une des précédentes.

Vous voyez par cet exposé que le travail, qui organise une barrière autour du pus, se continue pendant des années avec une activité non interrompue. Faut-il s'étonner après cela, si ce corps étranger devient une cause permanente de fluxions répétées qui finissent par amener des altérations dans les tissus voisins?

La connaissance des diverses modifications que subissent les kystes avec le temps, peut donner une idée approximative assez exacte de l'ancienneté de la maladie. Elle a conduit, ainsi que vous l'avez vu, dans un cas de médecine légale très-délicat à la véritable cause de la mort (Obs. 19).

Elle peut aider dans l'étiologie des otorrhées *cérébrales*, quand le kyste communique avec la carie (nos 29, 32 et 33). Il est assez remarquable que, dans les kystes qui contiennent du pus, la membrane interne ait toujours l'aspect muqueux (c'est ce qu'on observe dans les abcès par congestion, qui ne sont que des abcès enkystés particuliers); tandis que dans les autres, cette membrane interne est lisse et polie, transparente, présente enfin tous les caractères des membranes séreuses. C'est une circonstance sur laquelle nous reviendrons en parlant des hémorragies cérébrales.

§ I. On n'a, jusqu'à présent, attaché presque aucune importance aux altérations qui accompagnent les abcès enkystés; on a tout rapporté à ces derniers, parce qu'ils étaient très-apparens; il est certain cependant, que la mort est fort rarement produite par l'abcès enkysté seul. Presque toujours il s'y joint une inflammation aiguë de la substance cérébrale environnante, ou quelque affection de l'arachnoïde, le plus souvent de nature chronique.

Dans l'observation n° 22 de la lettre précédente, le malade, après avoir éprouvé tous les symptômes d'une encéphalite aiguë, recouvra peu à peu et complètement les fonctions des membres paralysés; mais, le trente-deuxième jour, il eut une rechute, et mourut le cinquantième. Un kyste commençait à se former autour du pus, et la couleur jaune de la substance cérébrale environnante indiquait une nouvelle inflammation encore peu avancée.

La malade de l'observation n° 23 de la même Lettre, après avoir éprouvé les mêmes symptômes, et être restée dix jours dans un état d'agonie, eut, pendant une semaine, une amélioration inespérée, suivie d'une rechute qui amena la mort sept jours après. — La substance cérébrale qui environnait la membrane molle et floconneuse, récemment développée autour du pus, était *ramollie*, réduite en une espèce de *bouillie*.

Celle du n° 24 de la même Lettre, eut successi-

vement deux améliorations, suivies d'autant de rechutes, et l'on trouva trois abcès distincts, dont deux enkystés et un récent.

Le capitaine Thavernier (obs. n° 7), après avoir éprouvé des symptômes apoplectiformes, à la lecture d'une mauvaise nouvelle, semblait en voie de guérison, lorsqu'un événement semblable produisit une rechute accompagnée des mêmes phénomènes. La substance cérébrale qui renfermait l'abcès enkysté *récent*, était *ramollie*.

Dans l'observation n° 9, le malade, après une amélioration marquée, eut une rechute. — *Ramollissement verdâtre autour du kyste*.

Le militaire dont Scultet nous a laissé l'histoire (n° 10) était parfaitement guéri depuis six mois, lorsqu'un stylet fut introduit *profondément* dans la substance cérébrale, à travers la fistule qu'il portait au crâne. Des symptômes d'encéphalite ne tardèrent pas à se manifester, et le malade succomba peu de temps après. A la vérité, Scultet ne décrit pas l'état de la substance cérébrale qui environnait le kyste, mais il avoue que le stylet a été profondément enfoncé dans le cerveau ; les symptômes qu'il décrit sont ceux d'encéphalite aiguë. Peut-on douter, d'après ces circonstances et les observations précédentes, que le malade ait succombé à une inflammation aiguë, produite par ces manœuvres imprudentes ?

Dans l'observation n° 11, après une améliora-

tion marquée, qui semblait produite par un changement de traitement, le malade mourut subitement dans un état apoplectique, et les parties qui environnaient le kyste étaient réduites en une matière *putrilagineuse*.

Dans l'observation n° 14, à la suite d'une insolation prolongée, surviennent des symptômes d'affection aiguë, et le malade meurt le neuvième jour. On trouve un kyste entouré de substance cérébrale, *altérée* et *très-fétide*. La dure-mère et l'arachnoïde étaient en putréfaction. Un abcès enkysté ne se forme pas en neuf jours ; ce n'est pas à lui qu'on peut attribuer les symptômes et la mort.

Dans l'observation n° 16, la malade, trois mois après une guérison apparente, eut une rechute accompagnée de symptômes semblables. Indépendamment de l'abcès enkysté, le cerveau présenta dans plusieurs points des *traces d'inflammation*.

L'enfant dont parle Brodie (n° 29), après avoir éprouvé pendant long-temps de vives douleurs de tête, eut tout-à-coup des symptômes cérébraux aigus auxquels il succomba. La substance cérébrale qui environnait le kyste était *jaune*, et beaucoup plus *molle* qu'à l'ordinaire.

C'est aussi à une inflammation récente de la substance cérébrale qui environnait le kyste, qu'a succombé la malade du n° 33. « Cette lame était *d'un jaune orange moins consistante...... comme dissoute*.

Dans les six premières observations que je viens de vous citer, l'abcès enkysté a été le résultat d'une inflammation aiguë, comme le prouvent la durée de la maladie et la nature des symptômes.

Au moment où le pus s'est réuni en foyer, il est survenu une amélioration marquée et même dans plusieurs cas inespérée, suivie plus ou moins de temps après d'une rechute et de la mort. Dans les cinq autres, l'inflammation a suivi une marche chronique ; les symptômes ont été obscurs ou même inaperçus ; puis tout-à coup elle a pris le caractère aigu, et les malades sont morts peu de temps après.

Il est évident que dans ces onze observations, c'est l'inflammation développée dans la substance cérébrale qui environnait le kyste qui a été cause de la rechute ou des symptômes d'affection aiguë, que c'est elle, rigoureusement parlant, qui a amené la mort. Ceci n'est, au reste, que la confirmation de ce que je vous ai avancé dans le § XI de la Lettre précédente, p. 464, que je vous invite à relire.

Je dois aussi vous faire remarquer que les caractères de cette nouvelle inflammation n'ont pas été aussi tranchés que ceux des inflammations aiguës, primitives sans doute, à cause de l'altération qui existait déjà dans le cerveau.

§ II. Le malade qui fait le sujet de l'observation n° 2, n'a présenté pendant long-temps que des symptômes d'inflammation du cerveau, simple et peu intense. Deux jours seulement avant la mort,

il survint du *délire*, des *mouvemens spasmodiques*, *brusques*, *irréguliers et fréquens* dans les membres du côté non paralysé. Les yeux et la tête n'en furent point exempts ; ils persistèrent jusqu'à la mort. L'arachnoïde des hémisphères cérébraux était fortement injectée. On a eu soin de noter que la substance cérébrale qui environnait le kyste, n'était ni *injectée*, ni plus *molle*, ni plus dure qu'à l'ordinaire.

Ainsi les phénomènes observés pendant la vie, sont parfaitement d'accord avec les altérations trouvées après la mort. Ce n'est plus une récrudescence de l'affection du cerveau, c'est l'inflammation aiguë de l'arachnoïde qui a produit la nouvelle série de symptômes, et hâté la perte du malade.

Celui de l'observation n° 3 a éprouvé tous les symptômes d'une inflammation aiguë du cerveau et de l'arachnoïde ; ils se sont dissipés peu à peu : les membres paralysés ont repris leurs fonctions, mais en même temps il est survenu des symptômes d'hydrocéphale qui prédominèrent de plus en plus. — *Abcès enkysté*, *adhérence de la dure-mère à l'arachnoïde*, *épanchement considérable dans les ventricules*. Ainsi le pus, une fois réuni en foyer, n'a guère plus influé sur la dernière moitié de la maladie que l'adhérence de l'arachnoïde correspondante. C'est l'affection de l'arachnoïde des ventricules qui a produit les derniers symptômes, et, rigoureusement parlant, la mort.

Vous remarquerez la même chose d'une manière

bien plus évidente dans l'observation n° 4 à la suite d'une chute grave, un traitement antiphlogistique et dérivatif énergique, fit disparaître si complétement tous les symptômes que pendant un mois rien ne put faire soupçonner un abcès enkysté; la maladie, qui fut traitée ensuite à l'hôpital, a présenté tous les caractères de l'hydrocéphale aiguë. *Les ventricules étaient pleins de sérosité*, et l'arachnoïde qui recouvrait l'abcès enkysté, avait participé à cette inflammation. Si ce corps étranger a, par sa présence, été cause de cette affection secondaire, c'est cette dernière qui, à son tour, a produit les symptômes décrits et la mort.

Mêmes phénomènes chez la malade du n° 5. Inflammation aiguë du cerveau, qu'on prend pour une apoplexie, parce que sa marche est rapide; cessation complète de tous les symptômes; affection nouvelle, présentant les phénomènes d'une hydrocéphale arrivée à sa dernière période. *Pie-mère très-injectée, épanchement de sérosité dans les ventricules*. Ainsi, malgré la présence d'un abcès enkysté dans la substance cérébrale, elle reprend peu à peu ses fonctions, et c'est une affection consécutive qui fait succomber le malade.

Voyez aussi l'observation 15, où une arachnitis chronique se joignit à l'affection cérébrale, et l'observation 19, où l'inflammation seule de l'arachnoïde, produite par des coups, a été cause des symptômes de fièvre ataxique, etc.

Vous trouverez plusieurs observations analogues, parmi celles qui ont rapport aux maladies de l'oreille; mais je n'en parle pas, parce que l'inflammation des membranes a été produite par la carie du rocher.

Vous voyez que dans les observations que je viens de vous rappeler, les symptômes d'affection cérébrale ont diminué ou complétement disparu dès le moment que le pus a été réuni en foyer; que ceux qui leur ont succédé, ont été semblables à ceux d'inflammation aiguë ou chronique de l'arachnoïde, principalement de l'arachnoïde des ventricules; que c'est cette affection secondaire qui a aggravé la maladie et produit la mort.

Je dois ajouter que dans l'observation 6, elle paraît avoir été hâtée par une hémorragie cérébrale.

Il résulte de tous ces faits, que dans les inflammations aiguës du cerveau, quand la période d'irritation est passée, quand le pus est réuni en foyer, il se comporte à la manière d'un corps étranger. Un kyste s'organise à sa surface, la substance cérébrale s'accoutume à sa présence, le reste de l'hémisphère reprend ses fonctions plus ou moins exactement, suivant l'étendue de l'altération, d'où résulte une convalescence trompeuse ou même une guérison apparente, qui peut se maintenir pendant des mois, et même pendant des années. J'ai cherché dans la lettre précédente (p. 472 et suiv.), à vous mettre

en garde contre ces erreurs, et à vous indiquer les moyens de les éviter, je ne puis que vous y renvoyer. Mais ce corps étranger est, pour les parties environnantes, une véritable épine, cause permanente d'irritation qui entretient autour d'elle une fluxion habituelle, un travail sourd, mais continu, au moyen duquel s'organisent des membranes distinctes, augmentant avec le temps en nombre et en épaisseur; de-là aussi des céphalalgies habituelles, des symptômes spasmodiques, développés sous l'influence de la cause la plus légère, etc. De-là, les inflammations aiguës de la substance cérébrale environnante, les inflammations aiguës ou chroniques de l'arachnoïde, les hémorragies cérébrales. Vous verrez dans la Lettre suivante, que ces phénomènes sont ceux qu'on observe dans les cas de kystes hydatiques, de tumeurs fibreuses, squirreuses, etc., développées dans le cerveau. Ainsi l'abcès enkysté produit par inflammation aiguë, une fois établi, rentre dans la classe des altérations organiques. Quand il est le résultat d'une inflammation chronique, il est accompagné, dès le principe, des phénomènes qui sont produits par les autres corps étrangers, jusqu'à ce qu'une complication, semblable à celle dont nous venons de parler, amène de nouveaux symptômes et la mort.

§ III. Un abcès enkysté est certainement toujours le résultat d'une inflammation plus ou moins ancienne; mais elle peut avoir suivi une marche ra-

pide ou lente, et cette circonstance est celle qui influe le plus sur la marche et la nature des symptômes. Dans les cas d'affection aiguë, les symptômes n'ont différé en rien pendant la première période de ceux que nous connaissons déjà, et ceux qui sont survenus ensuite, ont varié suivant la nature de la complication qui les a produits. Je ne reviendrai donc pas sur ces observations. D'un autre côté, les symptômes observés dans les cas d'inflammation chronique, ressemblent tellement à ceux que nous aurons occasion d'examiner dans la Lettre suivante, que je ne dois pas trop m'y arrêter ici. Cependant toutes les observations d'abcès enkystés, que vous avez lues, ne peuvent pas être rangées exactement parmi les cas d'inflammation aiguë ou chronique. Il en est qui conduisent de l'un à l'autre d'une manière presque insensible. Ces chaînons intermédiaires embarrassent toujours les classificateurs occupés à séparer, à distinguer ; ils prennent le parti de les négliger. Nous, qui ne cherchons que le rapport des effets avec les causes, nous devons respecter ces prétendues anomalies et les étudier avec soin.

Dans l'observation n° 2, le seul symptôme qui, pendant long-temps, ait pu faire soupçonner une inflammation du cerveau, fut une céphalalgie bornée au côté malade. Des mouvemens spasmodiques se sont ensuite développés du côté opposé. Ils ont été suivis de contraction tétanique, de faiblesse,

d'engourdissement. Mais au bout de quinze jours, ces symptômes étaient encore bornés au membre supérieur, et les fonctions intellectuelles étaient conservées. Ce n'est déjà plus, comme vous le voyez, la marche des inflammations franchement aiguës, quoique la durée de la maladie ne permette pas de la ranger parmi les inflammations chroniques.

Dans l'observation nº 6, nous retrouvons les mêmes symptômes. Ils se succèdent dans le même ordre, mais avec une lenteur encore plus remarquable. Ce n'est qu'au bout de six mois qu'ils sont arrivés au degré d'intensité qu'ils atteignent dans les inflammations aiguës au bout de douze ou quinze jours; aussi, peu de temps avant la mort, le malade avait encore conservé l'intelligence, malgré la destruction de tout un hémisphère. Cette observation tient aux inflammations aiguës par la nature des symptômes, et aux chroniques, par la lenteur de leurs progrès, et la durée de la maladie.

L'observation nº 8 nous offre un exemple inverse d'inflammation chronique, c'est-à-dire, que la durée de la maladie n'a été que de trente-sept jours, s'il faut en croire le récit du malade; mais les symptômes ont été peu prononcés; on n'a remarqué ni paralysie, ni convulsions; les fonctions intellectuelles ont seules été altérées, puis anéanties: aussi existait-il un abcès dans chaque hémisphère. Après cinq ou six jours d'amélioration, le

malade eut une rechute qui amena la mort ; mais elle fut produite par l'abus des alimens, et accompagnée de symptômes de gastro-entérite ; on ne trouva ni ramollissement ni affection de l'arachnoïde, mais l'estomac était rouge et les intestins d'un rouge noir. Dans cette observation l'inflammation du cerveau est plus remarquable par son peu d'intensité que par sa durée ; c'est ce qu'on pourrait appeler inflammation sourde, latente.

L'observation n° 9 nous a offert une autre espèce d'inflammation chronique, remarquable sous d'autres rapports. Elle a marché d'une manière obscure pendant environ vingt mois, ensuite elle s'est manifestée par des symptômes de paralysie sans aucun mélange de phénomènes spasmodiques. Ils ont toujours été en augmentant jusqu'à ce qu'un traitement fortement stimulant ait réveillé pour quelques jours l'action du cerveau ; mais cette amélioration a été promptement suivie d'une rechute. Le volume de l'abcès, le nombre et l'épaisseur des membranes étaient proportionnés à l'ancienneté de la maladie : l'altération qui environnait le kyste explique la rechute.

Dans l'observation n° 11, la maladie a duré encore plus long-temps ; mais elle a offert une marche et des symptômes tout-à-fait différens. Ici l'on n'a observé que des symptômes spasmodiques ; ils ont été intermittens et ont affecté une grande régularité dans leurs retours périodiques. Les accès ont

augmenté de fréquence et d'intensité jusqu'au moment où le malade est mort subitement, ayant conservé sa raison et même sa gaieté jusqu'au dernier moment. Le foyer purulent était aussi très-considérable, et la substance cérébrale environnante réduite en putrilage.

Les observations 12 et 13 se rapprochent de celle-ci, en ce qu'on n'a observé également que des symptômes spasmodiques intermittens, et point de paralysie ; en ce qu'aussi les malades ont conservé leur intelligence ; mais les accès étaient irréguliers, et ressemblaient davantage à ceux de l'épilepsie.

Dans les observations 15 et 16, on n'a point observé non plus de paralysie ; et les symptômes spasmodiques ont été fort irréguliers.

Enfin, dans les observations 14 et 19, nous voyons un abcès enkysté, développé dans la substance cérébrale, sans que rien ait pu faire soupçonner sa présence. Le premier malade est mort d'une encéphalite aiguë du cerveau, attribuée à une insolation prolongée, et l'autre d'une arachnoïdite aiguë, suite de coups.

Dans cette récapitulation des inflammations chroniques du cerveau, je n'ai pas tenu compte de celles qui sont produites par les maladies de l'oreille, parce qu'elles sont presque toujours compliquées d'affection des membranes, et qu'elles forment pour ainsi dire un groupe à part. Ce petit nombre d'exemples suffit pour vous donner une idée de la variété

que présentent les symptômes d'inflammation chronique du cerveau, suivant que sa marche est plus ou moins lente, sa durée plus ou moins longue, son intensité plus ou moins grande; suivant le siége et l'étendue de l'altération, la susceptibilité de l'individu, etc. : toutes circonstances dont il faut tenir compte, et sur lesquelles nous reviendrons dans la Lettre prochaine. En attendant, ce résumé des abcès enkystés, produits par des inflammations aiguës, *subaiguës* ou chroniques, vous explique pourquoi des symptômes si différens peuvent être produits par des maladies qui laissent après la mort des altérations tout-à-fait identiques.

§ IV. Ici se présente une question : Est-il possible d'espérer la guérision d'un abcès enkysté, ou, en d'autres termes, le pus contenu dans un kyste peut-il être absorbé, etc. ? C'est un problème qui ne pourra peut-être jamais être résolu d'une manière directe par des observations décisives. Un seul fait pourrait faire naître quelque espoir, c'est celui du capitaine Thavernier, rapporté par M. Broussais (voy. n° 7). Le malade paraissait toucher à une prochaine guérison, lorsqu'il reçut une nouvelle fâcheuse qui produisit une rechute accompagnée de phénomènes semblables à ceux qu'il avait éprouvés la première fois par une cause pareille. Les parois du kyste étaient plutôt affaissées que distendues, *comme si le pus en eût été en partie résorbé.*

Ce qu'on observe à la suite des hémorragies cé-

rébrales semble venir à l'appui de cette observation. Vous savez qu'avec le temps la partie séreuse du sang, puis la matière colorante et la fibrine, sont peu à peu absorbées; et qu'on trouve à la place tantôt un kyste plein de sérosité, tantôt, ce qui est plus rare, une cavité remplie de tissu cellulaire, tantôt enfin une véritable cicatrice, altérations qui ne sont peut-être que des degrés différens du même travail. Il semble donc naturel de penser que le pus peut être absorbé de la même manière. Cependant vous remarquerez que les kystes qu'on trouve à la place des caillots, quoique très-anciens, sont assez minces, composés d'une seule membrane, laquelle présente l'aspect des membranes séreuses; au contraire, les kystes qu'on trouve autour du pus sont composés de membranes d'autant plus nombreuses et plus épaisses, qu'ils sont plus anciens. Celle qui est en contact avec le pus a constamment l'aspect des membranes muqueuses, et ce n'est pas seulement dans le cerveau que cette particularité s'observe; elle est commune à tous les abcès enkystés, quel que soit leur siége; aux abcès par congestion, par exemple, où ces membranes paraissent plus susceptibles d'exhaler que d'absorber, d'augmenter la quantité de matière contenue dans le kyste que de la diminuer. Elles ne sont pas susceptibles de contracter des adhérences. J'ajouterai à cela que dans les cas d'abcès enkystés produits par inflammations chroniques, les symptômes vont en aug-

mentant, d'une manière lente à la vérité, mais non interrompue, et il semble que la capacité du sac soit en rapport avec la durée de la maladie, puisque le kyste occupait la plus grande partie d'un hémisphère (n°s 3, 6, 9 et 11) et même la totalité (n° 6). Dans tous ces cas il est difficile de ne pas croire qu'après la formation du kyste la membrane interne a augmenté, par sa sécrétion, la quantité de matière contenue dans sa cavité; qu'en un mot le kyste a augmenté de dimension. Si donc on peut espérer que le pus, une fois entouré d'un kyste, sera absorbé ou du moins n'augmentera pas, ce ne peut être qu'à la suite des inflammations aiguës.

§ V. Je ne m'occuperai pas ici du traitement, parce que je serai obligé d'y revenir dans la Lettre suivante.

Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit des causes d'inflammation aiguë du cerveau; celles qui sont plus particulièrement susceptibles de produire des inflammations chroniques, sont bien obscures, si on en excepte la carie des os du crâne, et en particulier celle du rocher. Cette cause est si commune, si puissante, et si peu connue, que j'ai cru devoir l'étudier d'une manière spéciale, et consacrer une grande partie de cette lettre à ce sujet important et éminemment pratique. La même raison m'a engagé à réunir à la fin de ces considérations générales tout ce qui a rapport aux maladies de l'oreille.

§ VI. Nous avons vu beaucoup d'affections de l'oreille qui, par leur seul voisinage de la cavité du crâne, et sans avoir produit la carie du rocher, ni la destruction de la dure-mère, ont déterminé des inflammations mortelles du cerveau (n°s 17, 18, 19, 20 et 21, § III et § IV); d'un autre côté les affections de l'oreille les plus légères dans leur origine, par exemple de simples inflammations du conduit auditif externe, sont quelquefois suivies de carie du rocher, de l'apophyse mastoïde et même de l'occipital, de décolement de la dure-mère, etc. Pour ces motifs je joindrai au résumé des observations que vous avez lues, quelques réflexions générales qui, sans en faire partie, ne peuvent guère en être séparées.

§ VII. L'inflammation aiguë de l'oreille, ou *otite*, s'observe un peu plus fréquemment avant la puberté qu'après; mais les deux sexes et les différens tempéramens paraissent y être également exposés. L'otite externe est souvent produite par l'extension de quelque affection cutanée à la membrane muqueuse du conduit auditif externe. Parmi les maladies éruptives, la variole est celle dont l'influence est la plus fréquente et la plus funeste; pour peu qu'elle soit confluente elle s'étend aux membranes muqueuses qui se continuent avec la peau; celle qui tapisse le conduit auditif externe est alors rarement exempte de boutons varioleux. L'inflammation s'étend facilement à l'intérieur de l'oreille; de-là les caries

du rocher, les affections cérébrales auxquelles beaucoup de malades succombent (nos 20 et 25), des surdités qui persistent quelquefois toute la vie ; les autres affections cutanées se comportent souvent de la même manière. Parmi les causes accidentelles, celles qui agissent avec le plus d'efficacité sont l'exposition de l'oreille à un courant d'air froid et l'introduction d'un corps étranger. Mais l'inflammation reste rarement bornée à l'extérieur. L'observation de Sabatier, n° 23, est un exemple effrayant de la promptitude avec laquelle une simple boule de papier peut produire la carie de l'os et la suppuration du cerveau.

§ VIII. L'otite interne s'observe si souvent dans la dernière période de ce qu'on appelle fièvre *ataxique*, *atacto-adynamique*, *nerveuse*, *comateuse*, *typhoïde*, etc., etc., qu'on l'a regardée comme la crise naturelle de ces maladies. Aucun de ceux qui ont fait cette remarque n'en a, je crois, donné l'explication ; on s'est contenté de dire que c'était une métastase critique, etc. ; mais pourquoi s'opère-t-elle plus souvent sur cet organe que sur tout autre : c'est que la cause qui produit les symptômes auxquels on a donné les noms de fièvre *ataxique*, etc., est une imflammation des organes renfermés dans la cavité du crâne, et que l'oreille interne renfermée dans l'épaisseur même de cette boîte osseuse, est, par son voisinage du siége de la fluxion, plus exposée qu'aucun autre organe à la partager, abso-

lument de la même manière que l'arachnoïde et le cerveau sont exposés à partager l'inflammation de l'oreille sans que l'os ni la dure-mère soient altérés.

§ IX. L'otite externe, moins grave que l'interne, s'en distingue par la promptitude avec laquelle l'écoulement suit la douleur ; le lendemain ou le surlendemain le conduit auditif et la membrane du tympan sont déjà rouges, tuméfiés, enduits d'une matière qui tient plus ou moins du pus et du cérumen.

Dans l'otite interne le canal et la membrane du tympan restent secs pendant plusieurs jours ; l'écoulement survient tout-à-coup, il est très-abondant. Cependant la suppuration peut aussi se faire jour par la trompe d'Eustachi, et continuer de s'écouler par-là.

§ X. l'otite interne est souvent accompagnée de symptômes semblables à ceux qui appartiennent aux inflammations du cerveau ou de l'arachnoïde. Ces maladies compliquent elles-mêmes très-communément les inflammations aiguës de l'oreille, en sorte que le diagnostic est quelquefois très-embarrassant. Ainsi, dans l'otite, la douleur n'est pas toujours bornée à l'oreille, elle peut s'étendre à toute la tête, être plus ou moins violente, lancinante, compressive, fixe ou vague. Il semble à quelques malades que leur crâne va s'ouvrir, ce qui peut faire craindre que l'inflammation ne soit étendue aux organes contenus dans cette cavité. La vio-

lence de la céphalalgie et ses différentes nuances s'expliquent par le grand nombre des nerfs renfermés dans des parois osseuses, par conséquent inextensibles.

§ XI. Cette même structure de l'oreille et son voisinage de la cavité du crâne expliquent aussi la fréquence et la gravité des symptômes spasmodiques. Parmi eux il en est qui méritent essentiellement le nom de nerveux, en ce qu'ils dépendent uniquement de l'affection des nerfs. Vous concevez que le rameau tympanique, enveloppé seulement par la membrane, excessivement fine, qui tapisse la caisse du tympan, ne peut guère éviter de participer plus ou moins à l'inflammation de cette membrane. Il est presque confondu avec le nerf facial dans l'aquéduc de Fallopia, ce qui explique les contractions spasmodiques qu'on observe quelquefois dans les muscles de la face du côté malade; contractions qu'il est toujours facile de distinguer de celles qui sont produites par l'inflammation du cerveau ou de l'arachnoïde, en ce qu'elles sont bornées aux muscles auxquels se distribuent les nerfs irrités.

§ XII. Les autres symptômes spasmodiques sont généraux, comme le délire, l'agitation, le coma, les soubresauts dans les tendons, les crampes, les convulsions, etc.; quelquefois ils cessent au moment où la rupture de la membrane du tympan permet au pus de s'écouler librement au-dehors.

Dans ce cas, on les a appelés nerveux ou sympathiques; d'autres fois ils persistent après cette évacuation, et même ils augmentent; ils sont dûs alors à l'inflammation de l'arachnoïde ou du cerveau; ils sont idiopathiques.

On a cherché à établir des caractères propres à distinguer les cas où les symptômes étaient nerveux ou sympathiques, de ceux où ils étaient produits par une affection des organes contenus dans la cavité du crâne ou idiopathiques : mais tout ce qu'on a dit à ce sujet est illusoire et démenti par l'expérience : on a observé absolument les mêmes symptômes dans les deux circonstances, et la marche de la maladie après l'évacuation du pus peut seule les faire distinguer. Au reste, cette ressemblance entre les symptômes sympathiques et idiopathiques n'a rien de surprenant, car la cause qui les produit ne diffère pas autant qu'on le pense; ce ne sont que des degrés différens d'un même mode d'action.

Il faut toujours bien se rappeler qu'un symptôme n'est que l'altération des fonctions d'un organe, et qu'il est impossible que les fonctions d'un organe soient dérangées sans sa participation. Ainsi, quand un malade a du délire, des convulsions, etc., quelle qu'en soit la cause première, il est impossible de concevoir que le cerveau ne soit pas affecté. Une inflammation aiguë s'empare de l'oreille chez un individu d'une grande susceptibilité, ou, comme on le dit, d'un tempérament nerveux, c'est-à-dire,

doué d'un cerveau susceptible de développer une forte réaction sous l'influence d'impressions faibles : des sensations douloureuses lui sont transmises par les nerfs nombreux qui se distribuent dans la cavité du tympan : le sang afflue vers cette partie ; la fluxion s'étend aux organes voisins, par conséquent au cerveau ; il est excité, stimulé, irrité, et réagit suivant le degré d'intensité des causes qui agissent sur lui et sa susceptibilité : très-impressionnable, il sera vivement ébranlé par une cause légère ; il en résultera des phénomènes très-prononcés, et si la cause n'agit pas pendant long-temps, quand elle aura cessé, tout rentrera dans l'ordre, parce qu'il n'y avait pas d'altération organique capable de persister par elle-même, ou si le malade meurt de toute autre maladie, on ne trouvera aucune trace remarquable de la cause qui a produit des phénomènes si apparens ; il n'y avait qu'irritation. Moins impressionnable, le cerveau aura besoin, pour produire les mêmes symptômes, d'être influencé par des causes plus puissantes ou plus durables ; et quand elles auront cessé d'agir, le tissu de l'organe sera trop altéré pour reprendre ses fonctions. Il y aura inflammation ; elle poursuivra sa marche ; quoique la cause déterminante ait cessé d'agir, il ne faut donc pas croire que les symptômes, qu'on a appelés nerveux ou sympathiques, soient produits par une cause *essentiellement* différente decelle qui détermine les symptômes idiopathiques : le cerveau est affecté

de la même manière, mais à des degrés différens; et la preuve, c'est que, si la même cause est plus intense, ou continue d'agir, l'irritation nerveuse ou sympathique finit par produire une véritable inflammation (1). Il n'est donc pas étonnant que, dans le plus grand nombre des cas, on ne puisse distinguer les symptômes spasmodiques *sympathiques* de ceux qui sont idiopathiques, que par les phénomènes qui suivent l'évacuation du pus contenu dans l'oreille; mais cette circonstance est très-importante pour le pronostic : M. Leblanc (Obs. 34) s'endormit immédiatement après la rupture de la membrane du tympan, et il guérit. La malade du docteur Abercrombie, n° 21, n'en fut pas soulagée, et succomba avec un abcès dans la substance cérébrale.

§ XIII. L'*otorrhée* ou catarrhe chronique de l'oreille est souvent la suite de l'otite ou inflammation aiguë. De quelque manière qu'elle ait commencé, elle finit par affecter également le conduit auditif externe et la caisse du tympan, excepté dans les cas très-rares où l'écoulement s'établit par la trompe d'Eustachi. La membrane muqueuse est

---

(1) *Voyez* les Obs. 17, 18, 19, 20, 21, § III et § IV. Rappelez-vous aussi l'observation de ce malade chez lequel un rameau du plexus brachial ayant été lié avec l'artère sous-clavière, on trouva un abcès dans l'hémisphère opposé du cerveau. L. 2, Obs. 3, § IV.

boursouflée, rouge, quelquefois saignante; la cavité du conduit est rétrécie ; la membrane du tympan est détruite ou perforée. Quand le malade fait effort comme pour se moucher, tandis qu'il ferme exactement l'ouverture des narines, on entend l'air sortir à travers la membrane du tympan, en produisant un sifflement proportionné à l'étroitesse de l'ouverture qui lui donne passage et à la vitesse avec laquelle il la traverse. On peut aussi faire passer, par la trompe d'Eustachi, des liquides injectés dans le conduit auditif externe.

§ XIV. Je vous ai dit que tous les tempéramens étaient à peu près également exposés à laisser contracter des otites. Il n'en est pas de même par rapport aux otorrhées, et ceci est d'une grande importance pour la pratique. Les individus, d'un tempérament lymphatique, disposés aux engorgemens et aux abcès froids, ou stigmatisés par des cicatrices scrophuleuses, tourmentés par des engelures, exposés pour la moindre cause aux catarrhes de toute espèce, ou bien habituellement affectés d'éruptions cutanées, comme dartres, teigne, croûtes laiteuses ; tous les individus qui présentent ces dispositions sont éminemment exposés aux otorrhées les plus ténaces et les plus dangereuses. Elles finissent presque toujours par produire la carie des os, l'inflammation de la dure-mère, de l'arachnoïde et du cerveau; et le médecin, appelé à traiter ces malades, doit employer dès le principe les moyens les plus énergiques, s'il veut

les soustraire à la catastrophe qui les menace.

§ XV. L'odeur, la couleur, la consistance et la quantité de l'écoulement varient beaucoup, non-seulement chez les différens individus, mais encore chez le même malade, suivant une foule de circonstances. Il diminue ordinairement sous l'influence de la chaleur, de la sécheresse, de l'exercice, d'un régime sévère ; et dans les cas les plus simples il reprend peu à peu les caractères du cérumen, et cesse entièrement. Il reparaît ou il augmente dans les circonstances opposées, mais surtout sous l'influence du froid humide et par l'introduction de l'eau dans le conduit auditif pendant l'exercice de la natation. Les travaux intellectuels forcés, en appelant le sang vers la tête, et les excès de table, en troublant les fonctions digestives, et en affaiblissant l'économie, sont aussi des causes très-puissantes de rechute ou d'exaspération de l'écoulement.

Ces remarques conduisent naturellement au meilleur emploi des moyens diététiques, sans lesquels il n'est pas possible d'espérer la guérison des malades, dont la constitution présente les caractères indiqués plus haut.

§ XVI. Quelquefois la suppression de l'écoulement est due à une cause purement mécanique. Tantôt ce sont des croûtes qui se forment dans le fond du conduit auditif, par le desséchement de la matière devenue visqueuse et presque semblable à du cérumen ; d'autres fois, ce sont des onguens qui

forment un tampon (n° 29); enfin des végétations polypeuses (n° 26, § III, et n° 29), peuvent mettre obstacle à la sortie de la matière. Dans tous ces cas, si elle ne s'échappe pas par la trompe d'Eustachi, il en résulte de la tension, de la pesanteur, de la douleur, et quelquefois des symptômes de compression du cerveau.

§ XVII. Quelquefois l'écoulement se supprime, parce qu'un travail important s'opère dans l'économie, comme à l'époque de la puberté ou pendant la grossesse. D'autres fois, c'est parce qu'une fluxion pathologique s'opère sur un autre organe. C'est ainsi que j'ai vu de ces écoulemens alterner avec des accès de rhumatisme, avec des catarrhes de la vessie ou des flueurs blanches, etc.; quelquefois la maladie nouvelle paraît tellement dangereuse ou persiste avec tant de ténacité, qu'on peut être tenté de rappeler l'écoulement; mais c'est une ressource à laquelle il faut, autant que possible, éviter d'avoir recours à cause des suites que peuvent avoir les maladies de l'oreille, et parce qu'on n'est pas certain, en rétablissant l'écoulement, d'obtenir l'effet qu'on désire; d'ailleurs, pour pouvoir déplacer l'inflammation nouvelle, il faudrait l'avoir beaucoup diminuée par un traitement antiphlogistique énergique, et alors on pourrait peut-être réussir aussi bien par tout autre moyen dérivatif permanent, comme séton, moxa, etc.

§ XVIII. Les métastases les plus communes et

les plus fâcheuses sont celles qui ont lieu sur le cerveau et sur l'arachnoïde. Elles sont quelquefois déterminées par des causes accidentelles, comme une percussion du crâne (n° 9); le plus souvent elles ont lieu sans cause connue (n°s 24, 27, § II et III, n° 28); quelquefois l'écoulement reparaît, et les symptômes d'affection cérébrale cessent pour se reproduire de nouveau, et ces alternatives peuvent se répéter plusieurs fois (n° 32); dans d'autres cas l'écoulement n'est pas entièrement supprimé (n° 20), et même est à peine diminué (n°s 17 et 18). Quand, après avoir diminué plusieurs fois, l'écoulement disparaît entièrement, et que les symptômes deviennent plus graves, la mort est très-prochaine (n° 32).

Lorsque l'inflammation du cerveau se termine promptement par la mort, elle peut ne laisser presque aucune trace de son existence (pag. 81, § III). Lorsqu'elle n'a duré que quelques jours, on ne trouve qu'un ramollissement de la substance cérébrale correspondant le plus souvent au rocher du côté malade (n° 17); quand elle s'est prolongée plus long-temps, on trouve un abcès dont le pus est *tout-à-fait fluide au centre et pulpeux à la circonférence* (n° 18). Ce n'est pas toujours dans l'hémisphère correspondant à l'oreille malade qu'on trouve l'abcès, c'est quelquefois du côté opposé (n° 18), ce qui prouve que c'est bien par véritable métastase que l'inflammation s'est trans-

portée au cerveau, et qu'elle ne s'est pas étendue de proche en proche par continuité de tissu.

L'inflammation de l'arachnoïde se termine rarement par adhérences, mais très-souvent par quelque épanchement séreux ou sanguinolent, ordinairement avec altération de cette membrane.

§ XIX. Après avoir commencé de la manière la plus benigne, et avoir subi quelques-unes des variations dont je viens de vous parler, ces écoulemens négligés ou mal traités finissent par devenir plus abondans, plus constans et sanieux; l'otorrhée dite *muqueuse* prend les caractères de ce qu'on a appelé otorrhée *purulente*, et qu'il serait plus exact de désigner sous le nom de *sanieuse*; mais ce changement se faisant d'une manière lente est ordinairement difficile à apprécier. L'écoulement purulent, ou, pour mieux dire, *sanieux*, est souvent aussi la suite de l'otite aiguë externe ou interne; mais de quelque manière qu'il ait commencé lorsqu'il a pris le caractère sanieux, il est toujours accompagné de carie; il est donc bien important d'établir ses caractères.

§ XX. Dans cette espèce d'ororrhée, le pus, ou plutôt la sanie puriforme qui s'écoule par le conduit auditif, est plus liquide que le pus du phlegmon, grisâtre, sanguinolent ou même mêlé de stries de sang pur; il a une odeur propre qui n'appartient qu'à la matière fournie par des surfaces

cariées, et qu'il est facile de distinguer de l'odeur forte qu'ont presque tous les écoulemens de l'oreille. Elle colore en brun plus ou moins foncé ou violacé, les instrumens d'argent avec lesquels elle est en contact; elle irrite par son âcreté la peau du lobule et du pavillon de l'oreille, y détermine une excoriation et un gonflement habituels. Elle charie de temps en temps des espèces de graviers qui ne sont autre chose que des portions d'os cariés. Il ne faut pas les confondre avec les osselets de l'ouïe, que le pus entraîne quelquefois à la suite des otites aiguës, sans qu'on puisse en conclure qu'il y a carie. Au reste, il est difficile de s'y tromper : les osselets ont des formes connues, leur surface est lisse et régulière, leur expulsion précède ordinairement celle des débris osseux appartenant à la carie. Ces caractères de l'otorrhée *sanieuse* sont assez tranchés, pour qu'on ne puisse pas la confondre avec toute autre espèce d'écoulement, et ils sont très-importans, puisqu'ils annoncent d'une manière indubitable la carie de l'os.

§ XXI. Il est une autre espèce d'otorrhée beaucoup plus rare, plus insidieuse et à peine connue, c'est celle qui a lieu par la trompe d'Eustachi. Le malade éprouve une douleur sourde dans la région de l'oreille, quelquefois fixe, d'autres fois vague et fugitive, tantôt continue, tantôt intermittente; il a des tintemens d'oreille, éprouve un bruit conti-

nuel, comme serait celui d'un moulin, ou d'une chute d'eau, des sifflemens incommodes qui le privent de sommeil ; il a l'ouïe dure, et finit quelquefois par devenir sourd; quelquefois après avoir perdu l'ouïe pendant quelque temps, il la recouvre et la perd de nouveau; ces bruits, ces sifflemens dépendent du passage du pus par la trompe d'Eustachi, de son mélange avec l'air qui entre dans la caisse du tympan. La perte et le retour des fonctions de l'oreille tiennent à la plénitude ou à la vacuité de cette cavité. Le malade a la bouche amère, l'haleine fétide ; il éprouve souvent des nausées, des vomissemens de matière purulente d'une odeur infecte ; il rend quelquefois, au milieu de quintes de toux qui lui prennent subitement, surtout quand il est endormi, des crachats fétides, mêlés de pus ou de stries de sang. Vous concevez que tous ces symptômes sont dûs au passage de la sanie purulente de l'oreille dans l'arrière bouche par la trompe d'Eustachi. Le malade trouve à tous ses alimens une odeur et une saveur nauséabonde, détestable ; il perd l'appétit, tombe dans un état de mélancolie, maigrit et dépérit de jour en jour sans qu'on sache pourquoi ; le plus souvent on attribue ces symptômes à une affection de l'estomac ou du poumon, à une affection des fosses nasales : on donne des émétiques, des purgatifs, etc. Cependant la maladie fait des progrès, les os se carient, le cerveau et ses membranes s'affectent, et quelquefois le désordre est déjà très-

considérable qu'on ne le soupçonne pas encore.

Il est arrivé même qu'après la mort, après l'ouverture du crâne, on a méconnu la véritable cause des altérations qu'on a rencontrées. L'observation 14e en est un exemple frappant. La maladie fut attribuée à une insolation prolongée; le malade mourut le neuvième jour. On demanda l'ouverture du cadavre, parce que, *peu de temps avant la mort, il était sorti par la bouche, par la narine et par l'oreille, un pus excessivement fétide.* On trouva un kyste purulent, une altération de la substance cérébrale sous-jacente, qui était très-fétide; la dure-mère et l'arachnoïde étaient en putréfaction. Le kyste ne s'est certainement pas formé en neuf jours : d'ailleurs les autres altérations rendent compte des symptômes observés pendant ce court intervalle. Mais quelle a été la cause de cet abcès enkysté, et de la putréfaction de la dure-mère, si ce n'est une maladie de l'oreille? Pourquoi est-elle restée ignorée? Probablement parce que la suppuration se faisait par la trompe d'Eustachi; le pus qui est sorti par la bouche et par le nez, n'avait pas une autre source puisqu'il en sortit en même temps par l'oreille.

Cette espèce d'écoulement qu'on pourrait appeler guttural, quoique moins apparent que l'autre, n'en est pas pour cela moins grave; peut-être même qu'à cause de cette circonstance, il l'est davantage. Il peut être, aussi, de nature différente, continu, intermittent, etc.; il peut aussi facilement amener

la carie du rocher, et des inflammations du cerveau et de l'arachnoïde. Voyez au reste les observations 14, 19, § II et III, 32, 34 et 35.

§ XXII. Quelquefois l'otorrhée *sanieuse* est accompagnée d'excroissances polypeuses (n° 26, § III et n° 29), mollasse et fongueuse, dure, comme fibreuse ou carcinomateuse, assez souvent saignante au moindre toucher. On tente ordinairement la guérison de ces espèces de polypes par l'extraction, par la cautérisation, ou par l'application de caustiques ou d'emplâtres, et d'onguens dessicatifs, parce qu'on les confond avec les polypes ordinaires : c'est une erreur qui peut avoir les plus graves conséquences. Ces végétations sont des prolongemens de la membrane qui tapisse la cavité du tympan ou de la dure-mère, elles sont produites par la même cause que la carie, et ressemblent aux fongosités qui se développent à la surface des os cariés ; les tentatives qu'on fait pour les arracher ou les brûler, augmente l'inflammation, les onguens qu'on applique dessus forment avec la tumeur un tampon qui bouche le conduit auditif, et retient la suppuration dans la caisse du tympan. On les distingue des polypes ordinaires, qu'on doit chercher à guérir, par circonstances qui ont précédé leur développement, par la nature de la suppuration qui les accompagne. Les polypes ordinaires sont le plus souvent accompagnés d'un écoulement assez abondant ; mais il est muqueux et ne brunit pas les instrumens d'argent.

§ XXIII. La membrane qui tapisse la cavité du tympan est si mince qu'on conçoit facilement pourquoi les os qu'elle recouvre sont si exposés à participer à ses altérations; ce dont on doit s'étonner le plus, c'est que des otorrhées muqueuses puissent durer pendant des années sans que le tissu de l'os soit affecté.

En suivant les ravages de la carie, on s'aperçoit bientôt qu'elle n'affecte pas indistinctement toutes les parties du temporal, qu'elle suit certaines directions, qui correspondent précisément aux différens conduits avec lesquels la caisse du tympan est en rapport. Cette circonstance explique la cause de la carie, la cause de sa fréquence, etc. En effet, quand on réfléchit à la dureté extraordinaire du rocher, on a peine à concevoir qu'il soit si souvent affecté de carie; mais quand on pense qu'il est creusé dans tous les sens par des canaux nombreux et tortueux, qui aboutissent plus ou moins directement à la caisse du tympan; que ces canaux sont tapissés par une membrane qui se continue avec celle qui revêt la cavité du tympan, laquelle est ordinairement le siége primitif de l'otorrhée, on voit que c'est l'extension de l'inflammation aux différens embranchemens de cette membrane, qui produit l'altération des parois osseuses auxquelles elle est unie. On conçoit aussi pourquoi l'apophyse mastoïde est de toutes les parties du temporal celle qui est le plus souvent affectée (n[os] 18, 19, 21, § IV, 25,

note de la page 111, nos 26, § III, et 27). L'apophyse mastoïde est composée de cellules dont une grande partie communique avec la caisse du tympan; les autres, remplies de substance médullaire, n'en sont séparées que par une membrane aussi mince qu'une bulle de savon.

§ XXIV. Quand la carie prend cette direction, le malade ressent dans la région mastoïdienne une espèce de gêne, de douleur sourde qui augmente par une forte pression; on y observe de l'empâtement; le périoste et le tissu cellulaire sous-cutané s'engorgent, s'enflamment; il se forme lentement un abcès derrière l'oreille, accompagné de peu de douleur et de chaleur; la peau qui le recouvre devient rouge, brune, violacée, s'amincit et finit par perdre sa cohésion et se perforer; le pus qui en sort est mal élaboré, fétide, semblable en un mot à celui des abcès formés par la carie d'un os voisin. Cette ouverture reste fistuleuse; en y introduisant un stylet, on rencontre l'os à nu, et, le plus souvent, on pénètre avec assez de facilité dans les cellules mastoïdiennes (n° 18), et même dans la cavité du tympan. Le liquide qu'on y injecte sort par le conduit auditif (n° 26) ou la trompe d'Eustachi. Quelquefois la suppuration fournie par la fistule alterne avec celle du conduit auditif, ou est remplacée par des symptômes d'inflammation de quelque autre organe, et surtout de ceux qui sont renfermés dans la cavité du crâne (n° 18); d'autres

fois l'abcès ne s'ouvre pas au dehors, mais se vide dans la cavité du tympan, et il augmente de volume quand l'écoulement est supprimé (n° 27) pour s'affaisser quand il reparaît. Dans d'autres cas, le pus décole la peau, fuse entre elle et les muscles du cou, et vient se faire jour plus ou moins bas.

On ouvre quelquefois ces abcès avec le bistouri ou la potasse caustique. Je crois qu'un praticien prudent devrait s'en abstenir ; il n'en peut résulter aucun avantage pour le malade. Il peut survenir des accidens indépendans de cette ouverture, mais qu'on ne manque pas de lui attribuer. Le malade peut mourir peu de temps après, comme cela est arrivé dans l'observation rapportée par Morgagni (n° 25) ; et dans celle de Baugrand, note de la page 111. M. Itard rapporte aussi un cas dans lequel la marche de la maladie a été accélérée d'une manière remarquable, après l'ouverture de l'abcès ; au contraire, M. Blanc (n° 34) n'a eu qu'à s'applaudir de l'avoir abandonné à lui-même. On en a vu, sur le point d'être ouverts, se vider dans la caisse du tympan par la destruction du périoste et de la lame de tissu compacte qui séparait l'abcès de la carie.

Quand elle suit une marche lente, elle arrive jusqu'au périoste avant d'avoir produit aucun abcès sous-cutané; le périoste enflammé se détruit; le tissu cellulaire suppure ; mais le pus s'écoule à mesure dans la cavité du tympan ; enfin l'inflammation s'étend à la

peau, elle se perfore, il s'établit une fistule sans qu'il ait existé d'abcès proprement dit.

Quand la carie marche encore avec plus de lenteur, l'apophyse mastoïde s'affaisse peu à peu, et disparaît presque entièrement sans que les parties molles qui la recouvrent soient affectées : c'est pourquoi dans tous les cas d'écoulement de l'oreille, il est important de comparer le volume des deux apophyses mastoïdes.

Après avoir détruit les cellules mastoïdiennes, la carie s'étend très-souvent à celles qui forment la base du rocher, et gagne ainsi l'intérieur du crâne (n°s 26 et 33).

§ XXV. La partie du temporal, qui est le plus souvent affectée de carie après l'apophyse mastoïde, est la portion du rocher qui loge les canaux demi-circulaires. Aboutissant au vestibule, et par lui à la caisse du tympan, ils sont très-exposés à participer à l'inflammation de cette cavité, cause première de l'otorrhée.

Le canal demi-circulaire supérieur n'est séparé de la cavité du crâne que par une lame fort mince de tissu compacte ; voilà pourquoi c'est presque toujours la face supérieure du rocher qui se détruit ; pourquoi c'est vers la partie postérieure de cette face que s'établissent les communications de la cavité du crâne avec celle de l'oreille ; pourquoi c'est la portion du cerveau qui repose sur cette partie du rocher qui est presque toujours le siége des abcès.

(n°s 19, § III, 21, § III; 23, 28, 29, 30, et 33). Vous concevez maintenant pourquoi « le pus se dirige et s'accumule *de préférence* autour du rocher et *particulièrement sur sa face antérieure,* » ainsi que le fait remarquer M. Itard.

§ XXVI. La carie suit quelquefois l'aquéduc du limaçon. C'est alors sur la face interne du rocher, au-dessous de la tente du cervelet, qu'elle vient aboutir dans la cavité du crâne. C'est dans ces cas que le cervelet est affecté. Les observations 25 et 26 ne laissent aucun doute à cet égard, tant les descriptions de Morgagni sont précises. Voyez aussi l'observation 21e.

§ XXVII. D'autres fois la carie s'étend à l'aquéduc de Fallopia, probablement par l'ouverture qui donne passage à la corde du tympan. Cette direction est encore une des causes qui fait que la carie gagne la face supérieure du rocher en suivant l'hiatus de Fallopia. Elle est annoncée par des symptômes assez caractéristiques. Le malade éprouve, dans le principe, de vives douleurs, des contractions spasmodiques de la face, semblables à celles du tic douloureux. Enfin la paralysie des muscles survient quand le nerf facial est désorganisé (n° 26, § III). J'en ai rencontré cinq exemples; dans tous, les malades offraient le facies des apoplectiques; l'un d'eux est mort à l'Hôtel-Dieu, d'une maladie étrangère à l'oreille. J'ai trouvé le nerf facial désorganisé, l'aquéduc de Fallopia détruit, ainsi qu'une

partie du rocher environnant. Le premier jardinier du jardin de l'école de médecine de Montpellier, a offert les mêmes symptômes, auxquels succédèrent du trouble dans les fonctions intellectuelles, un état comateux et une longue agonie. J'ai appris qu'on avait trouvé après la mort le rocher détruit presque en totalité et un abcès dans le cerveau. Mais je n'ai pu me procurer des détails plus circonstanciés.

§ XXVIII. Enfin la carie peut suivre la direction du conduit auditif interne (nº 31); mais ce cas est le plus rare, sans doute parce que ce conduit ne communique pas directement avec la caisse du tympan.

§ XXIX. Quoique je me sois arrêté séparément à ces différentes altérations, vous concevez qu'il est rare que la carie suive une seule direction. La même cause qui a produit l'altération d'une des parties de l'os, agit tôt ou tard sur les autres; la totalité du rocher peut même être détruite (nº 32), de manière qu'on ne trouve plus après la mort qu'un vaste sac membraneux formé par la dure-mère. La carie peut même s'étendre au-delà du rocher. Vous avez vu dans l'observation de M. Baugrand (note de la p. 111), que la carie s'était étendue de l'apophyse mastoïde à l'occipital, avait détruit l'articulation de cet os avec la première vertèbre, et même l'apophyse odontoïde de la seconde. J'ai vu un cas semblable à l'hôpital Saint-

Éloy; la carie s'était même étendue au corps de la seconde vertèbre; il en était résulté une déviation de la tête qui était inclinée sur l'épaule du côté malade, une paralysie incomplète des membres supérieurs, un gonflement douloureux du cou, etc.

§ XXX. La surdité est le symptôme le plus constant des caries de l'oreille; cependant on a des exemples de destruction presque complète du rocher avec conservation de l'ouïe, ou du moins, sans que l'ouïe ait été entièrement perdue (nº 32); ce qui tient à ce que les portions du rocher qui logent les ramifications du nerf auditif avaient été conservées. Mais on ne pourrait pas conclure en sens inverse de ce que l'ouïe est perdue, que ces portions du rocher soient cariées, ni même qu'il y ait carie, la surdité pouvant dépendre de l'obstruction de la caisse du tympan, etc., etc.

§ XXXI. Quels que soient, au reste, le siége et la direction de la carie, lorsqu'elle arrive la dure-mère ne tarde pas à se décoller et à s'enflammer, ainsi que l'arachnoïde, et presque toujours la portion correspondante du cerveau prend part à la maladie.

Quelquefois, à cette époque, les malades succombent tout-à-coup, après avoir éprouvé des symptômes spasmodiques plus ou moins violens, et l'on ne trouve aucune altération dans la substance du cerveau, parce que l'inflammation n'a pas duré assez

long-temps (p. 81, § III). Quand elle a persisté plus long-temps, on trouve un ramollissement de la substance cérébrale (n° 17) ou un abcès. Si le malade résiste, la dure-mère se perfore, des adhérences s'établissent avec l'arachnoïde, tout autour des portions désorganisées. Cette dernière se détruit aussi; la substance cérébrale qui sépare l'abcès de la carie suppure, et l'abcès se vide dans la cavité du tympan ; le pus sort par le conduit auditif externe, et se mêle à celui qui est fourni par la maladie de l'oreille ; les accidens diminuent ou semblent même disparaître entièrement, surtout ceux qui tiennent à la compression ; une membrane s'organise à la surface du foyer purulent, et forme un vaste cul-de-sac, qui fournit une suppuration abondante (n°s 28, 29, 32). C'est l'otorrhée symptomatique de M. Itard.

§ XXXII. Mais la carie peut s'étendre d'une manière lente jusqu'à la dure-mère; la suppuration qu'elle produit peut s'écouler par la trompe d'Eustachi, de sorte que la maladie ait déjà produit de grands ravages, sans que le malade ait éprouvé d'autre incommodité qu'une douleur sourde, à laquelle il a attaché peu d'importance : qu'à cette époque, la dure-mère s'enflamme et se détruise ainsi que l'arachnoïde ; qu'un abcès se forme dans le cerveau, se vide dans la caisse du tympan déjà ouverte, et produise la rupture de la membrane tympanique, on croira que l'inflammation du cerveau est primi-

tive, parce que les symptômes d'affection cérébrale se sont développés tout-à-coup, sans avoir été précédés d'écoulement par le conduit auditif externe, parce qu'ils ont diminué après la rupture de la membrane du tympan.

Si, au contraire, une otite aiguë produit rapidement la carie du rocher (et nous avons vu par l'observation de Sabatier, avec quelle promptitude elle pouvait s'étendre jusqu'à la dure-mère), et détermine en même temps l'inflammation de la portion correspondante du cerveau et de ses membranes, il peut arriver qu'au moment où l'abcès du cerveau sera formé la dure-mère et le rocher soient détruits, et que le pus trouve une voie pour s'échapper au dehors. Vous concevez qu'alors les symptômes de l'otite se confondant avec ceux d'encéphalite, et ces derniers diminuant après l'évacuation de la suppuration, on pourra croire que l'affection du temporal a été due à la présence du pus. Il est très-probable que c'est ainsi que les choses se sont passées chez M. Leblanc (nº 34). Toutes les observations qui ont fait croire à Avicenne, à Bonnet, à Laubius, qu'un abcès formé dans le cerveau avait détruit le rocher pour se vider dans la caisse du tympan, doivent être rapportées à l'une des deux espèces de carie du rocher que nous venons d'examiner. C'est par un de ces deux modes de destruction de l'os, qu'il faut expliquer les otorrhées, *cérébrales primitives* de M. Itard.

§ XXXIII. Au moment où la carie arrive jusqu'à la dure-mère et où l'inflammation de cette membrane s'étend à l'arachnoïde et au cerveau, il s'opère vers l'intérieur du crâne une fluxion qui peut être assez intense, pour déplacer celle qui s'opérait vers l'oreille : alors l'écoulement qui avait lieu par le conduit auditif, cesse ou diminue d'une manière notable. A l'ouverture du corps, on trouve la dure-mère détruite, couverte de pus, ou en contact avec un abcès, et on en conclut que c'est le pus de l'oreille qui s'est porté dans la cavité du crâne ; ou bien, un abcès, après s'être vidé dans la caisse du tympan, laisse une espèce de cul-de-sac, dans lequel se forme du pus qui va se joindre à celui qui est fourni par la carie : une inflammatiou aiguë s'empare de la substance cérébrale qui entoure la foyer, et de l'arachnoïde elle-même, l'écoulement de l'oreille se supprime ou diminue, on trouve après la mort une communication établie entre la cavité du tympan et le foyer purulent, et sans tenir compte des autres altérations, on attribue les accidens observés après la suppression de l'écoulement et la mort, à l'épanchement du pus, de la cavité du tympan dans celle du crâne. De-là les explications mécaniques de Morgagni. Cependant, en examinant avec attention, on trouve des traces de la dernière maladie, comme un épanchement dans les ventricules, ou un ramollissement de la substance céré-

brale qui environne le kyste (n°s 28 et 29) (1).

§ XXXIV. Lorsque la maladie de l'oreille s'étend aux organes contenus dans la cavité du crâne par continuité de tissus, c'est-à-dire parce que la carie arrive jusqu'à la dure-mère, le cerveau n'est jamais affecté seul, et même ses membranes le sont toujours avant lui, et quelquefois sans lui. Dans le mélange des symptômes qui appartiennent à l'inflammation de l'arachnoïde et du cerveau, ce sont ordinairement les premiers qui prédominent. Dans un assez grand nombre de nos observations, cette inflammation simultanée a suivi une marche plus ou moins aiguë, et a produit les symptômes que nous avons remarqués dans ces sortes de complications (*voy.* n°s 17, 18, 21, 22, 25, 26, 28 et 30); dans d'autres la maladie a été chronique (n°s 29 et 32); dans plusieurs les symptômes n'ont pas été décrits. Sabatier, par exemple, n° 23, s'est contenté de parler de *fièvre putride*; Baillou, de fièvre et de céphalalgie, n° 24; M. Goutard, n° 33, de « fièvre continue avec redoublement, accompa-

(1) Vous trouverez dans Lieutaud (Hist. anat. méd., L. 5, obs. 121) un fait de cette nature que je ne vous ai pas rapporté, parce qu'il est tronqué comme tous ceux qu'il a entassés dans son indigeste ouvrage.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans qui mourut d'une *fièvre putride*, accompagnée de douleurs de tête des plus violentes. Après la mort, on trouva le cerveau de couleur *jaunâtre*, renfermant un abcès du volume d'un œuf de poule plein d'un pus sanieux, en contact avec le rocher qui était carié. »

» gnée de tous les symptômes qui caractérisent les
» fièvres putrides. »

§ XXXV. Ayant négligé de recueillir l'histoire de la plupart des maladies de l'oreille, que j'ai eu l'occasion d'observer, parce que je ne pensais pas que j'aurais à m'en occuper un jour, je n'ai pas voulu les rédiger de mémoire, et je n'ai pu que réunir les observations éparses dans les auteurs; mais parmi celles que je vous ai rapportées, il en est beaucoup qui sont peu satisfaisantes sous le rapport des symptômes d'affection du cerveau et de l'arachnoïde, complication qui fait toute la gravité des maladies de l'oreille, et vous avez dû remarquer ici, comme pour les observations du ramollissement, de suppuration, etc., que plus elles étaient anciennes, plus elles étaient obscures et incomplètés; j'ai dû cependant vous les rapporter à cause de quelques détails anatomiques qu'elles contenaient, ou parce qu'elles avaient servi de base à quelque opinion particulière. Au reste, comme les symptômes de ces complications varient suivant le âge et l'intensité de l'inflammation qui les produit, il était impossible d'en donner une description générale, et cela était inutile parce qu'ils ressemblent exactement à ceux des affections semblables, soit simples, soit compliquées, que nous avons examinées ou que nous étudierons par la suite.

Ce qui était important à bien connaître, c'était

l'influence des maladies de l'oreille sur les organes contenus dans la cavité du crâne, la marche et les progrès de la carie vers cette cavité, afin d'éveiller l'attention des praticiens sur des affections insidieuses et peu connues, et de relever quelques opinions erronées échappées à ceux qui se sont occupés de ce sujet.

§ XXXVI. Quoique les caries du rocher se terminent presque toujours par des affections cérébrales qui amènent la mort, il existe quelques exemples de guérisons obtenues dans des cas désespérés. Quelque rares qu'ils soient, je crois devoir vous en citer quelques-uns pour que vous ne désespériez pas trop tôt des ressources de la nature.

M. Itard, tome Ier, p. 238, rapporte une observation de guérison spontanée d'otorrhée purulente, suite d'otite produite par un froid humide, et compliquée de carie de l'apophyse mastoïde, avec abcès, etc.

M. Barratte a consigné dans l'ancien Journal de médecine, tome VII, une observation de guérison d'otorrhée purulente produite par une chute. On fut obligé d'enlever une partie du muscle temporal et du péricrâne ; le cautère actuel, les caustiques, les balsamiques, etc., furent employés sans succès : enfin des injections avec une solution mercurielle procurèrent l'exfoliation et amenèrent la guérison.

Vous trouverez dans l'histoire de la Société

royale de médecine, pour les années 1780 et 1781, l'observation d'un officier nommé de Grand-Fort, qui, étant en sueur, reçut sur le côté gauche de la tête un vent très-froid et fut pris d'une otite très-grave. Plusieurs abcès se formèrent autour de l'oreille ; non-seulement le temporal était carié, mais encore le pariétal, dont une partie se détacha et laissa la dure-mère à nu. Dix-neuf pièces d'os furent extraites, parmi lesquelles on crut reconnaître les osselets de l'ouïe ; au bout de dix-sept mois le malade était presque entièrement guéri. Je vous ferai observer toutefois que cette maladie de l'os paraît avoir plus de rapport avec la nécrose qu'avec la carie.

M. Itard rapporte, tome Ier, p. 283, une observation remarquable de guérison de carie du temporal, produite par une maladie vénérienne, dont le malade portait d'autres symptômes. Le traitement consista en pilules mercurielles portées jusqu'à la salivation, et en injections dans l'oreille d'une solution de sublimé.

Le docteur Richard Grattan a rapporté dans le *Medico-chirurgical Journal*, octobre 1819, p. 231, une observation de guérison d'otite produite par un refroidissement de la tête, et suivie de carie de l'apophyse mastoïde : elle est plus remarquable que les précédentes, en ce que les symptômes d'inflammation aiguë du cerveau et de l'arachnoïde ne sont point équivoques. Le traitement consista en

plusieurs saignées par l'artère temporale et la veine jugulaire, et en calomel poussé jusqu'à la salivation.

Une chose très-importante à remarquer, c'est que dans toutes ces observations ; dans celle de cette jeune personne qui éprouva un accident en cabriolet (Obs. 31, § II); dans celle de M. Leblanc, qui reçut une commotion à la tête en regardant au-dessus d'un creuset plein de métal coulant; dans tous ces cas, dis-je, la maladie a été produite par une cause accidentelle, tandis qu'à peine on peut citer une observation de guérison de carie du temporal, suite d'otorrhée développée spontanément chez des individus d'un tempérament lymphatique bien prononcé, offrant des traces de vice scrophuleux. M. Itard en rapporte cependant un exemple, tome I, p. 281. Le traitement de cette maladie très-grave a consisté en un cautère.

Je ne pourrais, sans m'éloigner par trop de mon sujet, vous parler du traitement des maladies de l'oreille ; j'aurais d'ailleurs peu de chose à ajouter aux excellens préceptes que M. Itard a consignés dans l'ouvrage que je vous ai si souvent cité et auquel je dois vous renvoyer, comme contenant tout ce qu'une longue expérience et une grande sagacité lui ont appris de positif sur ce sujet.
